

# СПЕЦИАЛЬНАЯ ДОШКОЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА

Под редакцией **Е. А. Стребелевой**

*Рекомендовано*

*Учебно-методическим объединением по специальностям педагогического образования в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 032000 — Специальная дошкольная педагогика и психология*

УДК 372(075.8)

ББК 74.3я73

С 84

Авторы:

*Е. Р. Баенская* (гл. 9); *Т. А. Баилова* (гл. 11); *А. Л. Венгер* (гл. 10);  
*Л. А. Головчиц* (гл. 5, совместно с Н. Д. Шматко); *Е. А. Екжанова* (гл. 1, 4);  
*О. Г. Приходько* (гл. 8); *Л. И. Плаксина* (гл. 6); *Е. А. Стребелева* (гл. 1, 2, 3);  
*Н. Д. Шматко* (гл. 5, совместно с Л. А. Головчиц); *Г. В. Чиркина* (гл. 7)

Рецензенты:

кандидат педагогических наук, профессор кафедры  
олигофренопедагогики МГПУ *С. Д. Забрамная*;  
кандидат педагогических наук, доцент, зав. кафедрой  
олигофренопедагогики МГПУ *И. М. Яковлева*

**Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е. А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 312 с.**

ISBN 5-7695-0558-3

В учебном пособии освещены общие вопросы становления специальной педагогики как науки и современные теоретические подходы к разработке системы коррекционно-развивающего обучения. Рассмотрены содержание, методы и приемы коррекционно-воспитательной работы с детьми, определяемые спецификой каждого типа нарушений. Даны вопросы и практические задания для студентов, а также список дополнительной литературы.

Книга может быть также использована практическими работниками специализированных дошкольных учреждений и родителями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии.

УДК 372(075.8)

ББК 74.3я73

*Учебное издание*

**Стребелева Елена Антоновна,  
Венгер Александр Леонидович,  
Екжанова Елена Анатольевна и др.**

**Специальная дошкольная педагогика**

*Учебное пособие*

Редактор *У. Г. Макухина*. Технический редактор *Е. Ф. Коржуева*.

Компьютерная верстка: *Д. В. Поляченко*. Корректор *Л. Л. Липова*.

Изд. № А-193. Подписано в печать с готовых диапозитивов 20.08.2002.

Формат 60×90/16. Бумага тип. № 2. Печать офсетная. Гарнитура «Таймс».

Усл. печ. л. 19,5. Тираж 30000 экз. (2-й завод 10 001–18 000 экз.). Заказ № 1963.

Лицензия ИД № 02025 от 13.06.2000. Издательский центр «Академия».

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.002682.05.01 от 18.05.2001.

117342, Москва, ул. Бултерова, 17-Б, к. 223. Тел./факс: (095) 330-1092, 334-8337.

Отпечатано на Саратовском полиграфическом комбинате.

410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59.

ISBN 5-7695-0558-3

© Стребелева Е.А., Венгер А.Л., Екжанова Е.А. и др., 2001

© Издательский центр «Академия», 2001

## ВВЕДЕНИЕ

Специальная дошкольная педагогика выделилась как самостоятельное направление в специальной педагогике относительно недавно. Это выделение обусловлено значимостью раннего и дошкольного возраста для воспитания, коррекции и компенсации отклонений в развитии детей. Исследованиями в области специальной дошкольной педагогике доказано, что раннее начало целенаправленной педагогической работы способствует ослаблению, а в некоторых случаях и преодолению имеющихся у детей отклонений. Кроме того, ранняя коррекционно-педагогическая работа способствует предупреждению и профилактике вторичных отклонений в развитии, что в свою очередь положительным образом сказывается на становлении личностных качеств ребенка, формировании основ адекватного поведения и гармоничной социализации.

Основопологающими для специальной и коррекционной дошкольной педагогике стали труды Л. С. Выготского, ориентирующие специалистов на теоретическое осмысление роли биологического и социального факторов в развитии личности ребенка, проблем отклоняющегося развития, а также на поиск адекватных методов и организационных форм работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. Увиденное Л. С. Выготским и выведенное им на уровень аксиомы значение культурно-исторического фактора заложило основы для понимания движущих причин и условий становления человеческой личности. В его трудах доказано, что социальная ситуация воспитания формирует или задерживает процесс реализации потенциальных возможностей ребенка (зоны ближайшего развития). Учет соотношения первичных нарушений и вторичных отклонений, а также признание неравномерности детского развития послужили основой для понимания механизмов компенсации и построения на их базе коррекционного воспитания и обучения.

Первые исследования в области специальной дошкольной педагогике, посвященные детям с нарушениями слуха (Е. Ф. Рау, А. Л. Венгер, Г. Л. Выгодская, Э. Л. Леонгард, Б. Д. Корсунская и др.), доказали, что эффективность коррекционной работы зависит от времени ее начала, ее содержания, методов и приемов. В дальнейшем последовали работы, посвященные изучению и обучению детей с нарушением интеллекта (М. Г. Блюмина, М. С. Певзнер, Н. Г. Морозова, А. А. Катаева и др.) и детей с нарушениями зрения (М. И. Земцова, Л. И. Солнцева, А. Г. Литвак, В. А. Феоктистова и др.). Важным направлением в оказании помощи детям с нарушениями

речи явились исследования, направленные на поиск оптимальных путей коррекции отклонений в речевой и познавательной деятельности детей-дошкольников и их подготовки к обучению в школе (Р. Е. Левина, М. М. Кольцова, Н. А. Чевелева и др.). Параллельно с этим проводились исследования по изучению и коррекционной поддержке детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова и др.) и детей с тяжелыми множественными нарушениями (А. И. Мещеряков, В. Н. Чулков и др.).

Исследования в области раннего изучения и обучения детей с нарушениями в развитии заложили основы для организации в нашей стране государственной системы дифференцированного обучения детей с отклонениями в развитии дошкольного возраста. По результатам опытно-экспериментальной работы была создана нормативно-правовая база и составлена документация, определяющая принципы отбора и комплектования специализированных дошкольных учреждений для детей с отклонениями в развитии, а также организацию и содержание коррекционно-педагогического процесса<sup>1</sup>.

Последующие работы в области специальной дошкольной педагогики расширили тематику и направленность исследований, углубили понимание взаимосвязи биологического и социального в развитии ребенка, способствовали становлению дифференциальной диагностики детей дошкольного возраста, показали значимость исследований, направленных на помощь детям раннего возраста.

Предлагаемое Вашему вниманию учебное пособие предназначено для студентов факультетов дефектологии, коррекционной педагогики, специальной педагогики и специальной психологии вузов. Оно может быть использовано также практическими работниками специальных дошкольных учреждений и родителями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии.

Тематика пособия полностью соответствует типовому учебному плану факультетов дефектологии, коррекционной педагогики, специальной педагогики и специальной психологии.

Задачами курса специальной педагогики являются:

обеспечение необходимой теоретической подготовки студентов по вопросам дошкольной коррекционной педагогики, связанным с пониманием особенностей проблемного ребенка, комплексного изучения детей различных категорий и системного подхода в организации коррекционно-педагогического воздействия;

формирование у студентов представлений о значимости своевременного выявления нарушений развития у детей, о необходи-

---

<sup>1</sup> Номенклатура специальных дошкольных учреждений для аномальных детей дошкольного возраста. — М., 1972.

мости изучения путей и способов предупреждения, диагностики и коррекции отклонений в детском развитии;

знакомство студентов с контингентом детей, имеющих различные нарушения и/или отклонения в развитии;

ознакомление студентов с системой дошкольных образовательных учреждений для детей со специальными образовательными нуждами и принципами их комплектования;

формирование представлений об общих и специфических принципах и методах коррекционно-педагогического воздействия в работе с детьми, имеющими различные отклонения в развитии.

Книга состоит из одиннадцати глав. В двух первых главах освещаются общие вопросы специальной дошкольной педагогики как науки и современные теоретические подходы к разработке системы коррекционно-развивающего обучения для детей дошкольного возраста с нарушениями и отклонениями в развитии. В них показаны основные направления коррекционно-педагогической работы с детьми раннего и дошкольного возраста с отклонениями в познавательном и физическом развитии. Последующие главы посвящены организации коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими определенные типы нарушений. Характеризуются особенности детей той или иной категории, основные принципы, определяющие содержание специального обучения и воспитания, методы и приемы работы с детьми, обусловленные спецификой каждого типа нарушений. К каждой главе даны вопросы и практические задания для студентов, а также список рекомендуемой литературы.

# Глава 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ДОШКОЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ

## 1. ОБЪЕКТ, ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ДОШКОЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

**Специальная дошкольная педагогика** — это наука, изучающая сущность, закономерности, принципы, методы, формы организации процесса специального дошкольного образования детей с нарушениями или отклонениями в психическом развитии.

**Объектом** специальной дошкольной педагогики является специальное дошкольное образование детей, имеющих особые образовательные потребности.

**Предмет** специальной дошкольной педагогики — теоретические и практические вопросы изучения, обучения, воспитания и развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с отклонениями или нарушениями в развитии.

**Субъектом**, на которого направлено изучение, воспитание, обучение и коррекционно-педагогическая помощь в специальной дошкольной педагогике, является личность ребенка дошкольного возраста, имеющего особые образовательные потребности.

**Задачами** специальной дошкольной педагогики как науки являются следующие:

1. Разработка теоретических и методологических основ изучения, воспитания, обучения и развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с отклонениями и нарушениями в развитии.

2. Определение стратегии развития национальной системы специального дошкольного образования.

3. Разработка теоретических подходов к дифференциальной диагностике, дифференцированному обучению и воспитанию детей дошкольного возраста с нарушениями и отклонениями в развитии.

4. Разработка педагогических технологий воспитания и обучения детей дошкольного возраста с нарушениями и отклонениями в развитии.

5. Определение стратегии построения равноуровневых программ для каждого типа специального дошкольного учреждения.

6. Поиск и разработка вариативных форм организации специального образования.

7. Создание необходимой учебно-методической базы в подготовке учителя-дефектолога к коррекционно-педагогической работе с детьми младенческого, раннего и дошкольного возраста с недостатками в психофизическом развитии.

Основной **целью** специального дошкольного воспитания является создание условий для максимального развития реальных и потенциальных возможностей проблемного ребенка и его ранняя социализация средствами специального образования.

Специальное дошкольное образование базируется на **системе общих и специфических требований и психолого-педагогических условий**, направленных на развитие детей младенческого, раннего и дошкольного возраста. Общим требованием является формирование свойственных возрасту личностных психологических новообразований и предпосылок для перехода к следующему возрастному периоду. Создание адекватных условий, учитывающих особенности психического развития ребенка при разных вариантах и видах нарушений, относится к специфическим требованиям. Они реализуются через коррекцию психических процессов, мышления, речи и деятельности ребенка, в ходе компенсации имеющихся у него нарушений, а также через гармоничную социализацию.

Коррекция (от лат. *correctio* — исправление) — это система психолого-педагогических и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психофизического развития и отклонений в поведении у детей.

Компенсация (от лат. *compensatio* — возмещение, уравнивание) — это сложный многоуровневый процесс, включающий восстановление и замещение утраченных или нарушенных функций, а также замещение последних. В результате развития процессов компенсации функциональное нарушение, вызванное повреждением, в той или иной степени возмещается.

Социализация — это, во-первых, процесс и результат активного усвоения индивидом социального опыта, который включает в себя социальное познание, социальное научение, социальную адаптацию и социальное преобразование себя и окружающей действительности. Во-вторых, это интеграция человека в систему социальных отношений в различные типы социальных общностей, усвоение ими элементов культуры, социальных норм и ценностей, на основе которых формируются поведение, самосознание и качества личности.

**Методы науки** дошкольной коррекционной педагогики — изучение и анализ литературы, наблюдение, беседа, эксперимент (констатирующий, обучающий, контрольный), анализ и интерпретация полученных данных, изучение медицинской и психолого-педагогической документации, анкетирование, анализ продуктов детской деятельности и другие.

Выбор этих методов определяется постановкой целей и задач психолого-педагогического изучения ребенка, его социальной ситуации развития и выбором стратегии коррекционно-развивающего воздействия.

В нормативно-правовой документации используются несколько понятий, определяющих контингент детей, относимых к системе специального образования. Это такие понятия как «дети с нарушениями в развитии», «дети с отклонениями в психофизическом развитии», «дети с ограниченными возможностями здоровья», «дети с особыми образовательными потребностями». Все эти термины имеют специфическую область применения.

**Дети с нарушениями в развитии** — это дети, имеющие отставание (искажение) в психофизическом развитии вследствие нарушения деятельности различных или нескольких анализаторов (зрительного, слухового, двигательного, речевого), а также вследствие органического поражения центральной нервной системы (ЦНС). Термин используется в психолого-педагогической литературе для широкого определения категории детей, нуждающихся в специальном образовании.

**Дети с отклонениями в психофизическом развитии** — это дети, которые имеют перечисленные выше отклонения, но степень их выраженности не ограничивает их возможности в столь резкой степени, как у детей с нарушениями в психофизическом развитии. В психолого-педагогической литературе этим понятием также определяются дети с преимущественными нарушениями в психофизическом развитии функционального характера.

**Дети с ограниченными возможностями здоровья** — это дети, у которых нарушения в развитии предоставляют им возможность иметь бинефициарный статус, т. е. позволяют пользоваться социальными льготами и пособиями. По традиционной терминологии таких детей раньше называли детьми-инвалидами. Сейчас таких детей часто определяют как проблемных. Поэтому термин «проблемные дети» также широко используется в психолого-педагогической литературе.

**Дети с особыми образовательными потребностями** — это дети, нуждающиеся в специальной коррекционной поддержке и специальных методах образования, которые могут быть созданы в условиях как общеобразовательного дошкольного учреждения, так и дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида. Понятийная парадигма термина широко используется в области специального образования.

Дошкольная коррекционная педагогика решает вопросы воспитания и обучения **детей следующих категорий**: дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые); дети с отклонениями в познавательном развитии (дети с задержкой психического развития);



дети с нарушениями слуха; дети с нарушениями зрения; дети с нарушением опорно-двигательного аппарата; дети с нарушениями речи; дети с эмоциональными расстройствами, в том числе с ранним детским аутизмом; дети с нарушением поведения и деятельности; дети с тяжелыми множественными нарушениями.

## **2. ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

К основным категориям нарушенного и отклоняющегося развития относятся:

### ***Нарушения интеллекта (умственно отсталые дети)***

Понятие «умственная отсталость» в отечественной специальной психологии понимается как стойкое нарушение познавательной деятельности, возникшее в результате органического поражения головного мозга.

По международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (МКБ-9) выделялись следующие группы:

- а) умственная отсталость в степени дебильности (дети с относительно легкой, неглубокой умственной отсталостью);
- б) умственная отсталость в степени имбецильности (дети с глубокой умственной отсталостью);
- в) умственная отсталость в степени идиотии (дети с наиболее тяжелой, глубокой умственной отсталостью).

По современной международной классификации (МКБ-10) на основе психометрических исследований умственную отсталость подразделяют на четыре формы: легкая (IQ в пределах 40—69), умеренная (IQ в пределах 35—49), тяжелая (IQ в пределах 20—34), глубокая (IQ ниже 20) умственная отсталость. (Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. — СПб., 1999).

### ***Задержка психического развития у детей (ЗПР)***

Задержка психического развития чаще всего относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. В целом для данного состояния характерны гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий. Данное отклонение у ребенка может быть обусловлено как биологическими, так и социальными факторами, а также различными вариантами их сочетания.

По этиопатогенетической классификации различают следующие варианты:

- а) задержка психического развития конституционального генеза;
- б) задержка психического развития соматогенного генеза;
- в) задержка психического развития психогенного генеза;
- г) задержка психического развития церебрально-органического происхождения.

### ***Нарушения зрения***

- а) слепота (слепые дети со светоощущением и с остаточным зрением — острота зрения на лучше видящем глазу от 0,01 до 0,04),
- б) слабовидение (дети с остротой зрения на лучше видящем глазу при очковой коррекции от 0,05 до 0,2, а также в пределах 0,30, 4 при значительном нарушении других зрительных функций или при прогрессирующих или рецидивирующих заболеваниях);
- в) косоглазие и амблиопия (дети с остротой зрения выше 0,4).

### ***Нарушения слуха***

- а) глухота (дети, у которых средняя потеря слуха на лучше слышащее ухо более 85дБ);
- б) тугоухость (дети, у которых средняя потеря слуха на лучше слышащее ухо менее 85дБ);
- в) поздняя потеря слуха (отмечающаяся у детей, потерявших слух в возрасте до 3—4 лет и позже, сохранивших речь в связи с относительно поздним возникновением глухоты).

### ***Нарушения опорно-двигательного аппарата***

Данные нарушения имеют причиной:

- а) заболевания нервной системы:
  - детский церебральный паралич;
  - полиомиелит.
- б) врожденную патологию опорно-двигательного аппарата:
  - врожденный вывих бедра;
  - кривошея;
  - косолапость и другие деформации стоп;
  - аномалии развития позвоночника (сколиоз);
  - недоразвитие и дефекты конечностей;
  - аномалии развития пальцев кисти;
  - артрогрипоз (врожденное уродство).
- в) приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата.
  - травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
  - полиартрит;

заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);

системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций).

#### *Нарушения речи*

- а) системные нарушения речи (алалия, афазия);
- б) нарушение строения и функции речевого аппарата (ринолалия, дизартрия, сложная дислалия);
- в) нарушения чтения и письма (дислексия, дисграфия);
- г) нарушение темпо-ритмической стороны речи (заикание);
- д) нарушение мотивообразующей стороны речи (мутизм).

#### *Эмоциональные расстройства*

- а) ранний детский аутизм;
- б) эмоциональное расстройство, связанное с ранней разлукой с матерью;
- в) эмоциональное расстройство, обусловленное sibлинговым соперничеством;
- г) фобическое тревожное расстройство детского возраста;
- д) смешанные расстройства поведения и эмоций.

#### *Тяжелые множественные нарушения*

Эта категория нарушений характеризуется сочетанием двух или более выраженных психофизических нарушений: зрения, слуха, речи, двигательного и познавательного развития у одного ребенка. Например, сочетание глухоты и слабовидения, умственной отсталости и слепоты, нарушения опорно-двигательного аппарата и глухоты и т.д. В современной специальной психологии в категории тяжелых множественных нарушений наиболее подробно описаны слепоглухие дети. К этому контингенту относятся слепые и слабовидящие дети с остротой зрения до 0,2 включительно и с более высокой остротой зрения, у которых слух снижен в такой степени, что это привело к отсутствию или глубокому недоразвитию речи.

### **3. ОБЩИЕ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

У всех детей с отклоняющимся развитием, независимо от вида нарушений, имеются как **общие недостатки, так и специфические**

**трудности**, которые связаны непосредственно с характером и выраженностью первичных нарушений и с особенностями вторичных отклонений. Первичные нарушения вытекают непосредственно из биологического характера болезни, вторичные же отклонения возникают как следствие первичных нарушений, и прежде всего они поддаются воздействию ранней коррекционной помощи. По утверждению Л. С. Выготского, именно вторичные отклонения являются основным объектом психолого-педагогического изучения и коррекционного воздействия.

Следует учитывать, что одни и те же вторичные отклонения в развитии могут наблюдаться при разных первичных нарушениях, и наоборот — при одном и том же первичном нарушении отсутствует полное совпадение проявляемых при этом вторичных отклонений, типичных для того или иного вида дефицитарного развития у детей. Эти факты подтверждают мысль Л. С. Выготского о том, что не только первичное нарушение определяет структуру и характер отклонений, но и условия воспитания, которые могут либо усиливать дефицитарность, либо способствовать ее преодолению. Например, при умственной отсталости, при которой интеллектуальное нарушение является первичным, у одного ребенка может быть сформировано адекватное поведение и приемлемые формы общения с детьми и взрослыми, а у другого умственно отсталого ребенка отмечается дезорганизованное поведение (полевое, ситуативно неадекватное), сочетающееся с отсутствием способов общения даже в повседневных, бытовых ситуациях. Вместе с тем, такого характера вторичные отклонения могут наблюдаться у детей с другими нарушениями: например, у детей с эмоциональными расстройствами.

К числу **общих проблем** относятся социальная дезадаптированность ребенка, низкий уровень психических процессов (внимания, предметного и социального восприятия и представлений, памяти, мышления): несформированность мотивационно-потребностной и эмоционально-волевой сферы; недостаточность моторного развития; снижение произвольности психических процессов, деятельности и поведения. Все эти особенности приводят к существенной задержке развития психических новообразований на каждом возрастном этапе и к качественному своеобразию становления личностных качеств ребенка и его Я-концепции. Перечисленные недостатки могут проявляться у дошкольников с различными видами нарушений *в неодинаковой степени и в разных комбинациях.*

**Специфические трудности**, испытываемые детьми с тем или иным нарушением, обусловлены характером и степенью выраженности имеющихся отклонений и условиями социально-педагогического окружения ребенка на ранних этапах его развития.

Дошкольная коррекционная педагогика, рассматривая вопросы воспитания и обучения каждого конкретного ребенка и детей определенной категории, постоянно учитывает общий фон витальных и образовательных потребностей ребенка, его общие и специфические особенности, направленность на формирование компенсаторных механизмов и коррекцию имеющихся нарушений в развитии. Наряду с этим важно постоянно помнить о том, что для ребенка семья является первым и главным социальным институтом. Формирование социально-педагогической компетентности родителей, воспитание детско-родительских отношений, обучение родителей способам взаимодействия со своим проблемным ребенком также относятся к области значимых направлений дошкольной коррекционной педагогики.

### **Вопросы и практические задания**

1. Назовите предмет, задачи и методы науки дошкольной коррекционной педагогики.
2. Дайте определение понятий «коррекция», «компенсация» и «социализация», используемых в области дошкольной коррекционной педагогики.
3. Охарактеризуйте взаимосвязь первичных нарушений и вторичных отклонений в развитии.
4. Подготовьте рефераты на следующие темы: «Этапы становления специального образования в России и за рубежом», «Современные тенденции развития специального образования в нашей стране», «Общие и специфические особенности развития детей с особыми образовательными потребностями».

### **Литература**

1. *Выготский Л. С.* Основы дефектологии. — М., 1983. — Т. 5.
2. *Екжанова Е. А.* Специальная психология и коррекционная педагогика. Учебная программа курса. — М., 2000.
3. *Катаева А. А., Стребелева Е. А.* Дошкольная олигофренопедагогика. — М., 1998.
4. *Лубовский В. И.* Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология. — 1994. — № 1.
5. *Малофеев Н. Н.* Специальное образование в России и за рубежом. — М., 1996.
6. *Малофеев Н. Н.* Современный этап в развитии системы специального образования в России: Результаты исследования как основа для построения программы развития // Дефектология. — 1997. — № 4.
7. *Певзнер М. С.* Дети с отклонениями в развитии. — М., 1966.

## **Глава 2. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И СОДЕРЖАНИЮ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

### **1. СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК УСЛОВИЕ ПРИСВОЕНИЯ РЕБЕНКОМ ОБЩЕСТВЕННО-ИСТОРИЧЕСКОГО ОПЫТА**

Психическое развитие ребенка происходит в результате усвоения и присвоения им общественно-исторического опыта. Ребенок с отклонениями в развитии выпадает из ситуации социального и культурного пласта общечеловеческого развития. Он затрудняется использовать традиционную «взрослую» культуру как источник развития высших психических функций, специфических человеческих способностей и способов деятельности. По отношению к ребенку с нарушениями развития перестают действовать традиционные для каждого возрастного этапа способы решения воспитательно-образовательных задач, рассчитанные на нормальный тип развития. Такое выпадение из традиционного образовательного пространства нарушает условия вхождения ребенка в культуру, страдает реализация его права на наследование социального и культурного опыта человечества.

Возникает объективная потребность в обходных путях, других способах педагогического воздействия, т. е. ином, специально организованном образовательном пространстве, которое может обеспечить такому ребенку все необходимые условия для вхождения в культуру, для реализации его права на наследование общественно-исторического социального опыта.

Преодоление ограничений в этом праве, коррекция, предупреждение вторичных отклонений в развитии (говоря современным языком «реализация особых образовательных потребностей») осуществляются в сфере образования, но не массового и традиционного, а специально организованного, особым образом построенного.

Максимально возможная реализация особых образовательных потребностей ребенка, максимально возможное восстановление прав такого ребенка на наследование социального и культурного

опыта составляют суть и определяют значение реабилитации средствами образования.

Государственная система специализированных дошкольных образовательных учреждений призвана выполнять следующие задачи (функции):

обеспечение права ребенка с нарушениями в развитии на получение коррекционной помощи;

защита ребенка с нарушением в развитии от некомпетентного педагогического воздействия;

сохранение единого образовательного пространства на территории РФ в условиях самостоятельности регионов и образовательных дошкольных учреждений;

выработка требований, предъявляемых к разработке содержания и методов коррекционно-педагогического воздействия;

обеспечение вариативности и разнообразия организационных форм и коррекционно-развивающих технологий;

обеспечение материально-технической базы дошкольных образовательных учреждений с учетом структуры нарушения воспитанников (с учетом реальных возможностей региона);

разработка требований, предъявляемых к подготовке квалифицированных педагогических кадров.

В отечественном специальном образовании сделано очень много (и это признано во всем мире) для обоснования положения о том, что ребенок с отклонениями в развитии имеет особые образовательные потребности и, не будучи готов к усвоению общеобразовательных программ, нуждается в специальных условиях, которые обеспечивают усвоение жизненно значимых социальных навыков на разных возрастных этапах развития. На сегодняшний день существует 15 направлений специального обучения, реализуемых в 8 основных типах дошкольных учреждений с обеспечением содержания, методов и форм организации. К настоящему времени разработаны разноуровневые программы для каждого типа дошкольного учреждения и вариативные формы организации специального образования.

## **2. ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

Содержание и методы воспитания и обучения строятся с учетом современных представлений о сущности психического развития, о роли психологической целостности интеллектуального и эмоционального факторов в становлении личности, об особенностях и своеобразии становления психики ребенка с нарушениями развития, а также ведущей роли обучения в психическом развитии человека.

При разработке образовательных программ следует учитывать принципы **как общей, так и коррекционной** дошкольной педагогики.

Основными принципами дошкольной педагогики являются:  
единство воспитательного и образовательного процессов,  
научность содержания обучения,  
учет возрастных возможностей ребенка,  
доступность материала,  
повторяемость материала,  
концентричность материала.

Основными принципами **коррекционной дошкольной педагогики** являются:

принцип развивающего обучения, основывающийся на положении о ведущей роли обучения в развитии ребенка и формировании «зоны ближайшего развития»;

принцип единства диагностики и коррекции отклонений в развитии;

принцип учета соотношения первичного нарушения и вторичных отклонений в развитии ребенка;

принцип генетический, учитывающий общие закономерности развития применительно к воспитанию и обучению детей с отклонениями;

принцип коррекции и компенсации, требующий гибкого соответствия коррекционно-педагогических технологий и индивидуально-дифференцированного подхода к характеру нарушений у ребенка, их структуре и выраженности;

деятельностный принцип, определяющий подходы к содержанию и построению обучения с учетом ведущей для каждого возрастного периода деятельности, в которой «вызревают» психологические новообразования, определяющие личностное развитие ребенка;

принцип раннего начала коррекционно-педагогического воздействия.

Построение коррекционно развивающих программ в соответствии с указанными принципами должно обеспечивать **социальную направленность педагогических воздействий и социализацию ребенка**, так как важнейшим компонентом общеразвивающей и коррекционной работы должно быть преодоление социальной недостаточности ребенка. Л. С. Выготский считал, что «специальное воспитание должно быть подчинено социальному развитию...». Социализацию ребенка он рассматривал как процесс его «вращения» в цивилизацию, связывая это с овладением способностью к знаковому опосредованию, что происходит, главным образом, в практической и символично-моделирующих видах деятельности и речи.

Исходя из общности основных закономерностей развития в норме и патологии, в программах определяются **базовые направления педагогической работы**, обеспечивающие максимально воз-



можную целостность, гармоничность личностного развития ребенка. Это осуществляется в процессе социального развития, физического воспитания, познавательного развития, формирования механизмов ведущей деятельности, свойственной определенному периоду детства, продуктивных видов деятельности (рисования, лепки, аппликации, конструирования, элементарного труда), эстетического воспитания. В совокупности эти направления работы обеспечивают решение общеразвивающих задач.

### **3. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМНЫХ ДЕТЕЙ**

В настоящее время в нашей стране широко реализуется комплексный подход к изучению детей с нарушениями и отклонениями в развитии. Комплексный подход предполагает всестороннее обследование и оценку особенностей развития ребенка и охватывает не только познавательную деятельность, но и поведение, эмоции, а также состояние слуха, зрения, двигательной сферы, неврологический статус, соматическое состояние. В таком обследовании принимают участие различные специалисты: врачи-невропатологи, психиатры, генетики, физиологи, психологи, дефектологи и др.

Методы обследования: клинические методы — неврологическое обследование, клинико-генеалогический анализ и определение кариотипа, биохимические методы и т. д.; нейропсихологическое обследование; психолого-педагогические методы: изучение истории развития ребенка, наблюдение, беседа, психолого-педагогическое обследование, тесты, использование графических методик, анализ продуктивной деятельности (рисунки, поделки, аппликация и др.). Специфика психолого-педагогического обследования заключается в системном анализе явлений детского развития: изучается социальная ситуация развития ребенка, рассматривается иерархия деятельности и психологических новообразований в сфере сознания и личности ребенка.

### **4. СИСТЕМА КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ РАЗВИТИЕМ**

Своевременная систематическая психолого-медико-педагогическая помощь дошкольникам с нарушениями в развитии, консультативно-методическая поддержка их родителей, социальная адаптация ребенка и формирование у него предпосылок к учебной деятельности осуществляются в системе образования, здравоохранения и социальной защиты.

918945

В системе образования педагогическая помощь этим детям реализуется в разных организационных формах.

Дети с отклонениями в развитии воспитываются *в дошкольных образовательных учреждениях и в учреждениях «Начальная школа - детский сад»* трех видов:

компенсирующего, предназначенного для обучения детей с теми или иными отклонениями в развитии;

комбинированного, имеющего как группы (классы) для нормально развивающихся детей, так и группы (классы) компенсирующего вида;

общеразвивающего вида в условиях интегрированного (совместного с нормально развивающимися детьми) обучения при обязательной коррекционной поддержке ребенка с отклонениями в развитии.

Дошкольники с отклонениями в развитии, воспитывающиеся в домашних условиях, могут обучаться *в группах кратковременного пребывания* при учреждениях компенсирующего и комбинированного вида, при дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

Коррекционная поддержка дошкольников с отклонениями в развитии осуществляется также:

*в образовательных учреждениях* для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи в условиях разновозрастных воспитательных групп для детей дошкольного возраста в центрах диагностики и консультирования, психолого-медико-социального сопровождения, психолого-педагогической реабилитации и коррекции и др.;

*в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа* для детей, нуждающихся в длительном лечении в условиях групп для детей дошкольного возраста;

*в учреждениях дополнительного образования*: центры дополнительного образования детей, детские оздоровительные центры различного профиля и др.

**Комплектование** ДОУ (групп) компенсирующего вида и учреждений «Начальная школа - детский сад» компенсирующего вида, групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии, дошкольных отделений (групп) специальных (коррекционных) школ, школ-интернатов, детских домов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется постоянно действующими психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК). Вопросы перевода ребенка в то или иное учреждение (группу), его направления в ДОУ общеразвивающего вида или учреждение «Начальная школа - детский сад» также находятся в компетенции ПМПК.

Дошкольники с отклонениями в развитии направляются в образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-

педагогической и медико-социальной помощи, ПМПК и другими организациями системы образования, здравоохранения и социальной защиты по согласованию с родителями (законными представителями ребенка).

Оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа комплектуются органами здравоохранения.

В учреждения дополнительного образования дошкольники с отклонениями в развитии принимаются по желанию родителей и по рекомендации специалистов.

Воспитание и обучение дошкольников с отклонениями в развитии в дошкольных учреждениях (группах) компенсирующего вида, в учреждениях «Начальная школа - детский сад» компенсирующего вида, в дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) учреждений, в группах кратковременного пребывания осуществляются в соответствии со специальным учебным планом и программами, в том числе и лицензированными авторскими. В данных учреждениях создается предметно развивающая среда, отвечающая особенностям развития дошкольников с теми или иными отклонениями в развитии. Воспитание и обучение детей осуществляется специально подготовленными учителями-дефектологами, воспитателями, музыкальными руководителями и инструкторами по физическому воспитанию.

Таким образом, ребенок с отклонением в развитии может обучаться как в условиях специализированных (компенсирующего или коррекционного вида), так и в условиях интегрированного (совместного с нормально развивающимися детьми) воспитания. Интеграция дошкольников с отклонениями в развитии возможна при соблюдении следующих условий:

осуществление ранней (с первых недель жизни) коррекции отклонений в развитии и формирование компенсаторных механизмов;

обеспечение обязательной коррекционной помощи каждому ребенку, воспитывающемуся в условиях общеобразовательного учреждения;

наличие медико-педагогических обоснований при выборе той или иной модели интегрированного воспитания.

Интеграция не противопоставляется системе специального образования, а выступает как одна из форм внутри системы. Интеграция — модель специальной педагогики; интегрированный в общеобразовательную среду ребенок с отклонением в развитии остается под ее патронажем: он либо воспитывается в специальной группе при дошкольном учреждении комбинированного вида, либо обязательно получает коррекционную помощь, воспитываясь в группе вместе с нормально развивающимися детьми. Можно считать, что интеграция сближает две образовательные систе-

мы — общую и специальную, делая проницаемыми границы между ними.

В учреждениях комбинированного вида с учетом уровня развития и индивидуальных особенностей развития детей интеграция должна осуществляться в различных ее формах:

*комбинированная интеграция.* Дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим или близким возрастной норме, самостоятельно себя обслуживающие, по 1—2 человека воспитываются в массовых группах, получают систематическую коррекционную помощь учителя-дефектолога и педагога-психолога;

*частичная интеграция.* Дети (1—2 человека), еще не способные наравне со здоровыми сверстниками овладевать программными требованиями, пребывают лишь часть дня (например, его вторую половину) в группе нормально развивающихся сверстников;

*временная интеграция,* при которой воспитанники специальной группы вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития и навыков самообслуживания объединяются со здоровыми детьми не реже 1—2 раз в месяц для проведения различных мероприятий воспитательного характера (эта модель интеграции может и должна реализовываться в образовательных учреждениях компенсирующего вида, в дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) школ, школ-интернатов, детских домов).

Реализация всех этих форм предполагает обязательное руководство процессом интеграции со стороны учителя-дефектолога и педагога-психолога, которые помогают в организации воспитания и обучения ребенка с отклонением в развитии в коллективе здоровых сверстников.

*Полная интеграция* может быть эффективна для детей с отклонениями в развитии, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме (или близки к ней), самостоятельно себя обслуживают и психологически готовы к совместному со здоровыми сверстниками обучению. Такие дети по 1—2 человека включаются в обычные группы общеразвивающего детского сада учреждения «Начальная школа - детский сад», при этом они обязательно должны получать коррекционную помощь либо по месту обучения, либо в группах кратковременного пребывания дошкольного учреждения (группы) компенсирующего вида или дошкольного отделения (группы) специальной (коррекционной) школы, школы-интерната, либо в специализированных центрах, либо в поликлиниках по месту жительства.

Осуществление разных форм интеграции детей с отклонениями в развитии в коллектив обычных сверстников должно способствовать социализации дошкольников с особыми нуждами, а для

нормально развивающихся детей должно создать среду, в которой они начинают осознавать, что мир представляет собой единое сообщество людей.

Целенаправленная работа по интеграции детей с отклонениями в развитии является обязательным компонентом деятельности ДООУ как общеразвивающего и комбинированного, так и компенсирующего вида. Если перед специальными дошкольными учреждениями (группами, отделениями) стоит задача осуществления коррекционного воспитания и обучения дошкольников с отклонениями в развитии, то перед общеразвивающими ДООУ и учреждениями «Начальная школа-детский сад», в которые интегрированы отдельные дети с отклонениями в развитии, оказываются принципиально иные задачи:

педагогическое наблюдение и скрининг-диагностика, направленные на выявление дошкольников с подозрением на отклонение в развитии;

работа с родителями таких детей с целью убеждения их в необходимости комплексного медико-психолого-педагогического обследования ребенка;

постановка вопроса об обязательном обеспечении ребенка с отклонением в развитии индивидуальными коррекционно-развивающими занятиями с учителем-дефектологом, педагогом-психологом и другими специалистами (в условиях учреждения или вне его). Занятия строятся с учетом особенностей развития ребенка с тем или иным отклонением в развитии;

обеспечение индивидуального подхода к воспитанию и обучению ребенка с отклонением в развитии с учетом особенностей конкретных нарушений, в соответствии с рекомендациями специалистов: врача, учителя-дефектолога, педагога-психолога;

обеспечение контакта между образовательным учреждением общего типа и специалистами, оказывающими вне его коррекционную помощь ребенку с отклонением в развитии;

работа с родителями ребенка с отклонением в развитии в целях обеспечения единого подхода к его воспитанию и обучению, соблюдения рекомендаций специалистов, оказания помощи дошкольнику в овладении программными требованиями, рассчитанными на нормально развивающихся детей;

целенаправленное наблюдение за развитием ребенка с отклонениями в развитии, за его продвижением — с целью своевременного решения вопроса об изменениях в процессе его воспитания и обучения. Речь может идти а) о желательности перевода дошкольника в специальное учреждение (группу); б) об интенсификации коррекционно-развивающих занятий со специалистом, оказании в ходе этих занятий помощи ребенку в овладении программными требованиями, рассчитанными на нормально развивающихся до-

школьников, о совершенствовании материально-технической базы интегрированного воспитания; в) об оказании помощи воспитателям в организации обучения ребенка с отклонениями в развитии в среде нормально развивающихся детей.

Создание специальных условий осуществляется в целях решения комплекса коррекционно-развивающих и образовательно-воспитательных задач в процессе динамического психолого-педагогического обучения и воспитания ребенка. При этом соблюдаются следующие условия:

содержание воспитания и обучения направлено на амплификацию (обогащение) развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста;

задачи и содержание коррекционной работы с детьми учитывают структуру, степень и характер нарушений в развитии;

содержание и характер взаимодействия взрослых с детьми в разные периоды детства различны;

материально-технические и медико-социальные условия, предметно развивающая среда соответствуют образовательным и коррекционным задачам;

профессиональная подготовка специалистов направлена на охрану и укрепление здоровья ребенка, его физическое и психическое развитие, коррекцию имеющихся у него отклонений. Кроме того, она должна постоянно совершенствоваться и соответствовать достижениям передовой науки и практики.

## **5. СОДЕРЖАНИЕ И ХАРАКТЕР ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВЗРОСЛЫХ С ДЕТЬМИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ДЕТСТВА**

Личностно ориентированный подход является основным требованием к организации взаимодействия взрослого с ребенком в ходе коррекционно-педагогического процесса и направлен на обеспечение психологической защищенности и создание психологического комфорта каждому ребенку.

Характер взаимодействия взрослого с ребенком должен соответствовать ведущим мотивам и потребностям возраста. При этом учитывается специфичность психического развития, характерная для конкретного вида патологии, структура нарушения, а также актуальный и потенциальный уровни развития ребенка. Возрастная периодизация, разработанная в отношении нормально развивающихся детей, является для взрослого ориентиром при его взаимодействии с детьми, имеющими нарушения в развитии. Однако этот важный процесс строится с учетом тех искажений в развитии ребенка, которые происходят вследствие органических либо функциональных нарушений. Когда партнером по взаимодействию яв-

ляется ребенок, развитие которого в силу определенных причин не может протекать нормально, позиция взрослого становится более ответственной. Ведь известно, что психическое развитие проблемного ребенка гораздо в большей степени, чем в норме, зависит от условий, в которых он находится. В силу того что психическая активность (один из необходимых факторов благополучного развития), к примеру, у детей с ранним органическим поражением ЦНС может быть выражена чрезвычайно слабо, главным инициатором взаимодействия гораздо дольше остается взрослый.

Так, если это *младенческий период*, взрослый направляет свои усилия на удовлетворение потребности ребенка в движениях, эмоциональном насыщении, в предметной новизне; на обеспечение развития функций руки и сенсорно-двигательных координаций в процессе манипулирования; на развитие подражания и эмоционально-делового общения; активизацию лепета.

Изменение типа взаимодействия с ребенком *раннего возраста* связано с изменением ведущей деятельности и ведущих мотивов. Взрослый создает условия для развития у ребенка познавательной активности, направленной на исследование свойств объектов и их функциональности («Что с ним можно делать? В чем его значение?») и формирование структуры предметного действия на основе совместной с ребенком предметной деятельности; для обогащения сенсорного опыта; для возникновения способности ребенка к знаковому опосредованию (замещению) в процессе использования предметных заместителей, возникновения ассоциативных образов в доизобразительном «рисовании» и овладения речью; для развития деловых мотивов взаимодействия с окружающими. Значимым компонентом содержания взаимодействия на этом этапе детства является удовлетворение потребности ребенка в признании его достижений, что способствует формированию у него образа «Я» и «Я-сознания».

Взаимодействие взрослого с детьми *в дошкольном возрасте* строится с ориентировкой на особую сензитивность (чувствительность) ребенка к социальным влияниям. Основной формой коммуникации является паритетное, равноправное сотрудничество и общение при стимуляции детской самостоятельности и инициативы. Содержание общения связано с игровыми и познавательными интересами, пробуждение, формирование и развитие которых ставятся одной из доминирующих задач педагога или родителя.

Взрослый удовлетворяет потребность ребенка в признании его достижений (не ищет промахи и недостатки в рисунках, конструкциях, поделках, не привлекает внимание к неловким движениям и т. д.), формируя тем самым у ребенка чувство самостоятельности и гордости за достигнутые результаты. Обращает внимание на развитие внеситуативных форм взаимодействия, воспитыва-

в общей системе коррекционного воздействия на каждом этапе развития ребенка.

Педиатр совместно с психологом и педагогом-дефектологом должны нацелить родителей на активное участие в коррекционно-воспитательной работе со своим ребенком. В более сложных случаях, при очевидной патологии развития — при органическом поражении ЦНС, генетических нарушениях, очевидном отклоняющемся развитии, педиатру необходимо организовать комплексное обследование ребенка для уточнения состояния его анализаторов — слухового, зрительного, двигательного, а также состояния центральной нервной системы. В случаях выявленных нарушений родители должны получать в детских поликлиниках и дошкольных общеобразовательных учреждениях компенсирующего вида комплексную помощь, оказываемую невропатологом, психологом, дефектологом и другими специалистами.

В детской поликлинике желательно иметь базу данных обо всех дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида в микрорайоне, округе, городе.

При каждом дошкольном образовательном учреждении возможна организация группы кратковременного пребывания, где будет оказываться целенаправленная комплексная помощь ребенку раннего возраста с отклонениями в развитии и его родителям.

Таким образом, ранняя коррекция отклоняющегося развития предполагает:

- скрининговое обследование всех новорожденных в родильных домах с указанием фактора риска в карте развития ребенка;
- расширение деятельности кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках;
- целенаправленное наблюдение за темпом психофизического развития ребенка группы риска по месту его жительства со стороны педиатра;
- проведение дифференциальной диагностики отклонений развития;
- оказание психолого-педагогической помощи родителям, воспитывающим проблемного ребенка;
- раннее начало систематической коррекционной работы, в том числе и в группах кратковременного пребывания при общеобразовательных дошкольных учреждениях или дошкольных учреждениях компенсирующего вида;
- организацию целенаправленной подготовки и переподготовки специалистов разных профилей для комплексной коррекционной работы с детьми младенческого и раннего возраста.

Раннее начало систематической коррекционной работы с детьми с отклонениями в развитии предполагает решение как общеобразовательных, так и коррекционных задач.



**Первая задача** — развитие характерных для данного возраста психологических новообразований, ведущей и типичных видов деятельности. Для ребенка раннего возраста это прежде всего развитие общения, предметно-игровых действий, самостоятельности в быту, развитие восприятия и наглядно-действенного мышления, формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности и развитие речи.

**Вторая задача** — создание условий для коррекции как общих, так и специфических отклонений в развитии. Это значит, что специальное обучение должно быть направлено на формирование тех психологических новообразований, видов детской деятельности и способностей, которые по возрасту уже должны быть, но еще не появились у данного ребенка. Например, совершенствовать и развивать общие движения, ручную и мелкую моторику, способствовать социальному развитию, формировать предметную и предметно-игровую деятельность и т. д.

При этом необходимо создать следующие педагогические условия:

**Первое** — создание предметно-развивающей среды. Для обеспечения полноценного развития ребенка необходимо единство развивающей предметной среды и содержательного общения взрослых с детьми. При организации общения необходимо исходить из интересов и потребностей ребенка и его уровня развития, возрастных особенностей и задач коррекционного воздействия. Предметно-развивающая среда должна быть для ребенка информативной, удовлетворять его возрастные потребности в новизне, преобразовательной деятельности и самоутверждении.

**Второе** — с детьми должен работать специалист (педагог-дефектолог), которому следует уметь:

устанавливать эмоциональный контакт с ребенком, в результате которого у ребенка возникает чувство психологической защищенности и психологического комфорта в тот период, когда у него формируется образ «Я» и «Я-сознание»;

правильно выбирать способы постановки перед ребенком образовательно-воспитательных задач, учитывая его познавательные возможности;

определять способы передачи ребенку общественного опыта, соответствующие уровню его развития;

организовывать самостоятельную деятельность детей.

На начальном этапе коррекционной работы важно создать у ребенка готовность к усвоению способов передачи общественного опыта. Среди этих способов выделяются следующие: совместные действия взрослого и ребенка; указательные жесты; подражание действиям взрослого; действия по образцу и речевой инструкции; поисковые способы ориентировочно-познавательной деятельнос-

ти (целенаправленные пробы, практическое примеривание, а позже и зрительная ориентировка).

*Третье* — содержание, методы и приемы работы должны отвечать развивающему характеру обучения; отвечать требованию единства диагностики и коррекции; строиться с учетом возрастных особенностей; знания генетического хода развития; основываться на деятельностном подходе к становлению личности ребенка.

*Четвертое* — включение родителей в коррекционно-педагогический процесс, что проходит поэтапно. Вначале важно сформировать у родителей установку на активную воспитательную позицию. В дальнейшем необходимо учить родителей наблюдать за своим ребенком и понимать его потребности и возможности, формировать у них адекватные способы общения и взаимодействия со своим ребенком.

*Пятое* — формирование у детей адекватных форм взаимодействия со сверстниками, включение ребенка в детский коллектив. При этом вначале уделяется внимание формированию представлений о себе, о своих близких людях, а затем о сверстниках. Взрослый помогает ребенку воспринять и выделить сверстника, а затем сформировать потребность в общении со сверстниками в определенной ситуации и определенной деятельности (например, на музыкальных занятиях).

В дальнейшем ребенок постепенно включается в совместные действия с другими детьми в различных ситуациях.

В настоящее время исследованиями доказано (Е. Р. Баенская, Э. И. Леонгард, Т. В. Пелымская, Ю. А. Разенкова, Е. А. Стребелева, Н. Д. Шматко и др.), что раннее выявление отклонений в развитии и коррекционно-педагогическая работа с ребенком и его родителями дают возможность своевременно сформировать у проблемного ребенка способы усвоения общественного опыта и потребность в общении с другими детьми, а в дальнейшем реализовать интегративный подход к воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья.

При осуществлении интегративного подхода ребенок должен получать коррекционную поддержку, при этом необходимо вести динамическое наблюдение и контроль за его психическим развитием.

Большое внимание уделяется организации и разработке содержания коррекционно-педагогической работы в группах кратковременного пребывания при дошкольных учреждениях компенсирующего вида. Составляются индивидуальные коррекционные программы воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии (работа с родителями, содержание педагогической работы с ребенком).

Разрабатываются новые формы взаимодействия образовательных учреждений и семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями или отклонениями в развитии. Определяется роль специалис-

тов-психологов и педагогов-дефектологов в налаживании сотрудничества и взаимодействия родителей со своим ребенком.

Таким образом, дошкольная коррекционная педагогика разрабатывает новые социально-педагогические и коррекционно-развивающие модели в дошкольном образовании. Разработка новых моделей в специальном образовании определяется следующими основными факторами:

гуманистическими идеями о ценности личности, закрепленными в Декларациях ООН: «О правах инвалидов», 1975, «О правах умственно отсталых лиц», 1991 и «Конвенции о правах ребенка», 1989, что предполагает неизбежный переход к созданию в нашей стране единого образовательного пространства;

стратегией дошкольного воспитания, предполагающей развитие вариативных форм образования в России;

социально-педагогическими потребностями семьи, воспитывающей ребенка с психофизическими нарушениями;

результатами научных исследований в области дошкольной коррекционной педагогики, в которых показаны необходимость проведения контроля за психическим развитием ребенка с первых месяцев жизни, наличие потенциальных возможностей развития проблемных детей раннего и дошкольного возраста при оказании им адекватной коррекционной поддержки, определены принципы для разработки содержания коррекционно-развивающего обучения, доказана необходимость включения семьи в коррекционно-педагогический процесс.

### **Вопросы и практические задания**

1. Перечислите принципы организации и проведения коррекционно-педагогического процесса.

2. Расскажите о характере и содержании взаимодействия взрослых с детьми в различные периоды детства.

3. Каковы требования к предметно развивающей среде и материально-техническим условиям в дошкольном образовательном учреждении коррекционного вида?

4. Дайте обоснование необходимости и возможности реализации интегрированного подхода к воспитанию детей с отклонениями в развитии.

5. Каковы перспективные направления развития специальной дошкольной педагогики?

### **Литература**

1. *Лубовский В. И.* Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология. — 1994. — № 1.

2. *Малофеев Н. Н.* Специальное образование в России и за рубежом. — М., 1996.

3. *Малофеев Н. Н.* Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития // Дефектология. — 1997. — № 4.

4. *Разенкова Ю. А.* Профилактика, раннее выявление и ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии: общее приоритетное направление развития (раздел IV, глава 1 в кн.: Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000.

5. *Стребелева Е. А.* Создание в России единой системы раннего выявления и ранней коррекции отклонений в развитии // Дошкольное воспитание. — 1998. — № 1.

6. *Шматко Н. Д.* Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. — 1999. — № 2.

## Глава 3. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА (УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ)

### 1. ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Умственно отсталые — это дети, у которых в результате органических поражений головного мозга наблюдается нарушение нормального развития психических, особенно высших познавательных, процессов (активного восприятия, произвольной памяти, словесно-логического мышления, речи и др.).

Для умственно отсталых характерно наличие патологических черт в эмоциональной сфере: повышенной возбудимости или, наоборот, инертности; трудностей формирования интересов и социальной мотивации деятельности.

У многих умственно отсталых детей наблюдаются нарушения в физическом развитии: дисплазии, деформации формы черепа и размеров конечностей, нарушение общей, мелкой и артикуляционной моторики, трудности формирования двигательных автоматизмов.

Понятие «умственная отсталость» включает в себя такие формы нарушений, как «олигофрения» и «деменция».

**Олигофрения** (от греч. *olugos* — малый, *phrēn* — ум) — особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных aberrаций (от лат. *aberratio* — искажение, ломка), природовой патологии, органического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития.

При олигофрении органическая недостаточность мозга носит непрогредиентный (непрогрессирующий) характер. Действия вредоносного фактора в большой мере уже остановилось, и ребенок способен к развитию, которое подчинено общим закономерностям формирования психики, но имеет свои особенности, обусловленные типом нарушений центральной нервной системы и их отдаленными последствиями (Термин «олигофрения» был введен в XIX в. немецким психиатром Э. Крепелином).

**Деменция** (от лат. *dementia* — безумие, слабоумие) — стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к сниже-

нию критичности, ослаблению памяти, уплощению эмоций. Деменция носит прогрессивный характер, т. е. наблюдается медленное прогрессирующее болезненное состояние.

В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических заболеваний мозга при шизофрении, эпилепсии, воспалительных заболеваниях мозга (менингоэнцефалитах), а также вследствие травм мозга (сотрясений и ушибов).

В соответствии с международной классификацией (МКБ-9) выделяют 3 степени умственной отсталости:

дебильность — относительно легкая, неглубокая умственная отсталость;

имбецильность — глубокая умственная отсталость;

идиотия — наиболее тяжелая, глубокая умственная отсталость.

По современной международной классификации (МКБ-10) на основе психометрических исследований умственную отсталость подразделяют на четыре формы: легкую (IQ в пределах 40—69), умеренную (IQ в пределах 35—49), тяжелую (IQ в пределах 20—34), глубокоую (IQ ниже 20).

Психопатологическая структура нарушения при олигофрении характеризуется тотальностью и иерархичностью недоразвития психики и интеллекта. По структуре клинической картины выделяют неосложненные и осложненные формы олигофрении. Осложненные формы олигофрении обусловлены сочетанием недоразвития мозга с его повреждением. В этих случаях интеллектуальный дефект сопровождается рядом нейродинамических и энцефалопатических расстройств. Может иметь место также более выраженная степень недоразвития или повреждения локальных корковых функций, например, речи, гнозиса, праксиса, пространственных представлений, счетных навыков, чтения, письма. Подобная форма нередко имеет место у детей с церебральным параличом, а также у детей с гидроцефалией.

В отечественной психиатрии выделяют 3 группы этиологических (указывающих причину) факторов умственной отсталости (по Г. Е. Сухаревой, 1956).

Первая группа — неполноценность генеративных клеток родителей, наследственные заболевания родителей, патология эмбриогенеза.

Вторая группа — патология внутриутробного развития (воздействия инфекций, интоксикаций, травм).

Третья группа — родовая травма и постнатальные поражения центральной нервной системы.

Для установления правильного диагноза необходимо учитывать соотношение трех групп симптомов: дизонтогенетических синдромов (связанных с дисфункцией созревания ЦНС), энцефалопатических синдромов (связанных с повреждением ЦНС) той или иной

локализации, включая и минимальные дисфункции, и синдромов, отражающих вторичные защитные механизмы организма.

Выделяются **3 диагностических критерия** умственной отсталости: клинический (наличие органического поражения головного мозга); психологический (стойкое нарушение познавательной деятельности); педагогический (низкая обучаемость).

Ядерные признаки умственной отсталости (Л. С. Выготский), возникшие в связи с органическим поражением мозга, косвенно отражаются на формировании личности и обуславливают специфику психического развития ребенка. К ядерным, первичным признакам умственной отсталости относят патологическую инертность нервных процессов, слабость замыкательной функции коры больших полушарий головного мозга, чрезмерно широкую генерализацию раздражений.

При нарушении умственного развития главными и ведущими неблагоприятными факторами оказываются слабая любознательность (ориентировка) и замедленная обучаемость ребенка, т. е. его плохая восприимчивость к новому.

Эти первичные нарушения оказывают влияние на развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни. У многих детей задерживаются сроки развития статики и локомоций, причем часто задержка бывает весьма существенной, захватывающей не только весь первый, но и второй год жизни. Наблюдается отсутствие интереса к окружающему и реакций на внешние раздражители, общая патологическая инертность (что не исключает крикливости, беспокойства и т. п.). У детей не возникает эмоционального общения со взрослыми, отсутствует, как правило, «комплекс оживления». В дальнейшем у них не возникает интереса ни к игрушкам, подвешенным над кроваткой, ни к действиям с игрушками, находящимися в руках взрослого. Не происходит своевременного перехода к общению на основе совместных действий взрослого и ребенка с предметами, не возникает новой формы общения — жестового общения. Дети на первом году жизни не дифференцируют своих и чужих взрослых. Не развиваются действия с предметами, отсутствует хватание, что сказывается на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием. Производя это действие, ребенок познает направление от своего тела к предмету, расстояние между собой и предметом, свойства предметов — величину, массу, форму. С отсутствием хватания связано также то, что у детей не формируется зрительно-двигательная координация.

Таким образом, развитие восприятия на первом году жизни у умственно отсталых детей чрезвычайно задерживается. Эта задержка не является первичным нарушением, она возникает как его следствие, однако настолько существенное, что отрицательно ска-

зывается на последующем развитии всех психических процессов (Г. П. Бертынь, 1975; М. Г. Блюмина, 1967; А. А. Катаева, 1978 и др.).

В начале дошкольного периода происходят некоторые сдвиги в овладении неспецифическими манипуляциями, которые проявляются, например, в том, что ребенок тянет игрушку в рот, но он не пытается ее рассматривать, не выполняет с ней практических действий (не стучит ею по ладошке и др.).

Предметные действия и предметная деятельность спонтанно в должной мере у умственно отсталого ребенка не формируются, интерес к предметному миру остается весьма низким, кратковременным. Ориентировка типа «Что это?» у детей долго не возникает. Без целенаправленного коррекционного воздействия дети 3—4 лет не овладевают ни специфическими видами детской деятельности, ни социальными формами поведения.

Восприятие, мышление и речь у детей этой категории оказываются при спонтанном развитии на очень низком уровне.

Таким образом, можно говорить о том, что в дошкольном возрасте умственно отсталый ребенок без специальной коррекционной работы минует два важных этапа в психическом развитии: развитие предметных действий и развитие общения с другими людьми. Этот ребенок мало контактен как со взрослыми, так и со своими сверстниками, он не вступает в ролевую игру и в какую-либо совместную деятельность с другими людьми. Все это отражается на накоплении социального опыта детей и на развитии высших психических функций — мышления, произвольной памяти, речи, воображения, самосознания, воли.

Однако тенденции развития ребенка с нарушениями интеллекта те же, что и нормально развивающегося. Некоторые нарушения — отставание в овладении предметными действиями, отставание и отклонение в развитии речи и познавательных процессов — в значительной мере носят вторичный характер. При своевременной правильной организации воспитания, возможно более раннем начале коррекционно-педагогического воздействия многие отклонения развития у детей могут быть скорректированы и даже предупреждены.

## **2. ДОШКОЛЬНАЯ ОЛИГОФРЕНОПЕДАГОГИКА КАК ОТРАСЛЬ СПЕЦИАЛЬНОЙ ДОШКОЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ**

**Дошкольная олигофренопедагогика** — это наука о воспитании и обучении умственно отсталых детей дошкольного возраста. Она является частью специальной педагогики (дефектологии) и представляет собой сложную, многофункциональную, многокомпонентную ее отрасль.



Вопросы теории и практики изучения, обучения и воспитания умственно отсталых детей дошкольная олигофренопедагогика разрабатывает с учетом достижений смежных наук: детской и специальной психологии, дошкольной и специальной педагогики, педиатрии, невропатологии, детской психоневрологии, психиатрии, анатомии, нейрофизиологии, генетики, биохимии и ряда других наук, способствующих раскрытию причин и механизмов умственной отсталости. С помощью выявленных причин возникновения умственной отсталости определяются стратегические пути и базовые методы коррекционно-педагогической работы с детьми с отклоняющимся развитием в специализированных дошкольных учреждениях и в семьях.

Дошкольная олигофренопедагогика как наука рассматривает следующие вопросы: изучение особенностей и закономерностей развития ребенка под влиянием коррекционного обучения; определение принципов, содержания и методов обучения и воспитания умственно отсталых детей в различных учреждениях коррекционного или реабилитационного вида; обеспечение индивидуального подхода в ходе проведения коррекционной работы с детьми с различной степенью умственной отсталости; вариативность системы и структуры специальных учреждений для умственно отсталых детей с учетом их возраста (раннего, дошкольного) и структуры нарушений.

В дошкольной олигофренопедагогике применяются те же методы воспитания и обучения, что и в общей педагогике (практические, наглядные, словесные). Однако и сами методы, и их отношения видоизменяются, в соответствии с задачами коррекционно-воспитательной работы в специальных учреждениях и особенностями развития умственно отсталых детей.

Дошкольная олигофренопедагогика как наука основывается на изучении фактов и закономерностей, связанных с обучением и воспитанием умственно отсталых детей.

Особое значение для дошкольной олигофренопедагогики имеет метод индивидуального изучения ребенка, обеспечивающий разработку индивидуальной программы коррекционного воздействия.

Построение программ в соответствии с основными принципами коррекционного обучения обеспечивает социальную направленность педагогических воздействий и социализацию ребенка. Важнейшим компонентом общеразвивающей и коррекционной работы является преодоление социальной дезадаптации ребенка, максимально возможная стимуляция его познавательной активности, гармонизация личностного развития.

Начиная с конца 60-х годов, в нашей стране развивается система специализированного образования умственно отсталых детей. В настоящее время на государственном уровне эта помощь оказывается в рамках трех министерств: Министерства образования РФ,

Министерства здравоохранения РФ и Министерства социальной защиты РФ. Кроме того, в последние годы активизировалась помощь детям с отклонениями в развитии со стороны общественных, благотворительных и родительских организаций.

В системе Министерства здравоохранения РФ имеется сеть домов ребенка для детей в возрасте от рождения до 3 лет, центры психического здоровья (специализированные ясли) для детей с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС) в возрасте от 2 до 4 лет и специализированные психоневрологические санатории для детей от 4 до 8 лет с органическим поражением ЦНС. В эти учреждения принимаются дети с диагнозом олигофрения в степени дебильности осложненной формы: умственно отсталые дети с эписиндромом, с шизофреноподобным синдромом, с нарушениями поведения и другими осложнениями. Организируют и курируют помощь детям в этих учреждениях детские психоневрологические (психиатрические) больницы разного уровня (регионального, областного, городского), которые ведут учет и реализуют комплексный подход, как в диагностике, так и в коррекционном воздействии.

Дети с диагнозом олигофрения в степени имбецильности, или выраженная умственная отсталость, воспитываются в семье или в учреждениях системы Министерства социальной защиты (специальные интернаты для инвалидов детства, реабилитационные центры). В эти учреждения принимаются дети с 4-х летнего возраста и воспитываются там до 18 лет. Основная задача этих учреждений — привитие детям навыков самообслуживания, воспитание адекватного социального поведения, формирование элементарных навыков трудовой деятельности и элементарных учебных навыков.

### **3. СИСТЕМА ВОСПИТАНИЯ, ОБУЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА (УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ)**

Практическая реализация специального дошкольного воспитания связана с семейно-общественным подходом к воспитанию на основе принципов вариативности и системности.

Вариативность предполагает организацию различных форм помощи родителям, воспитывающим умственно отсталых детей, учет региональных и социальных условий. Конкретную коррекционно-педагогическую помощь родители должны получать в большей степени через сеть дошкольных учреждений компенсирующего (коррекционного) типа.

Модель семейно-общественного воспитания может рассматриваться как наиболее прогрессивная, отвечающая запросам современности.

менной жизни, рационально сочетающая семейное воспитание с широким участием общественных организаций, таких, как университеты для родителей, материнские школы, курсы для молодых матерей и т. д. при образовательных дошкольных учреждениях общеразвивающего и компенсирующего типа, а также при психолого-медико-педагогических консультациях (ПМПК).

Оказание психолого-педагогической помощи ребенку и родителям основывается на принципе единства требований к процессу воспитания и обучения детей с нарушением интеллекта, который должен быть отражен в индивидуальной коррекционной программе развития.

Принцип системности воспитания ребенка требует учета сложного характера психического развития в онтогенезе, на что впервые было указано Л. С. Выготским. Принцип системности в коррекционной работе обеспечивает направленность на устранение или сглаживание причин отклонений в психическом развитии ребенка. Успех такого пути коррекции базируется на результатах диагностического обследования, итогом которого становится представление системы причинно-следственных связей, иерархии отношений между симптомами и их причинами. Ориентирами для выбора первоочередных целей коррекции должны стать как структура нарушения (система причинно-следственных связей, обуславливающих феноменологию дефекта), так и результаты анализа социальной ситуации развития ребенка.

Для понимания системного подхода в деле воспитания детей с нарушениями интеллекта важными явились результаты исследований А. В. Запорожца, который показал, что развитие ребенка происходит по диалектическим законам и каждый возрастной период значим для формирования личности ребенка. В каждом возрасте формируются не только такие качества и свойства психики детей, которые определяют собой общий характер поведения ребенка, его отношение ко всему окружающему миру, но и те, которые представляют собой «заделы» на будущее и выражаются в психологических новообразованиях, достигаемых к концу данного возрастного периода. А. В. Запорожец обосновал концепцию об амплификации детского развития, в ходе которой предусматривается создание определенных условий для обогащения всех основных видов деятельности ребенка, характерных для каждого возрастного периода.

Исходя из вышесказанного, очевидно, что системный подход требует, в первую очередь, изучения ребенка как целостной системы в его взаимодействии с более широкими социальными системами — семьей, непосредственным окружением, а затем и дошкольным учреждением.

На основе информации и анализа собранных данных, полученных в процессе психолого-медико-педагогического обследования,

специалисты дают общую оценку уровня развития ребенка. Затем определяют характер и степень выраженности первичного нарушения, структуру вторичных отклонений, оценивают сущность трудностей ребенка, выделив факторы, связанные с появлением выявленных отклонений, определяют пути коррекционного воздействия в целях устранения или ослабления остроты проблемы.

Следовательно, изучение ребенка является важнейшей задачей, составляющей практическую основу для разработки стратегии коррекционного воздействия. В программу коррекционного воздействия должны входить два важных взаимосвязанных процесса: во-первых, организация различных форм помощи родителям; во-вторых, содержательно-педагогическая работа с ребенком.

Работа специалиста с родителями нацелена на формирование активной позиции в воспитании своего ребенка с первых дней жизни. Содержательно-педагогическая работа с ребенком направлена на стимуляцию **основных линий развития** ребенка, при этом учитывается его возраст, первичный характер нарушений и степень их выраженности.

Современная систематическая психолого-медико-педагогическая помощь умственно отсталым детям, консультативно-методическая поддержка их родителей, социальная адаптация и формирование предпосылок к учебной деятельности осуществляются в **системе Министерства образования** на базе следующих учреждений:

специальные (коррекционные) образовательные учреждения для воспитанников с отклонениями в развитии: дошкольные отделения (группы) специальных (коррекционных) школ, школ-интернатов, детских домов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

дошкольные образовательные (коррекционные) учреждения для детей с нарушением интеллекта (умственно отсталых);

группы кратковременного пребывания для детей с нарушением интеллекта при специализированных дошкольных учреждениях коррекционного типа.

Одна из наиболее новых форм помощи детям — группы кратковременного пребывания. («Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии». Министерство образования РФ от 29.06.99 № 129 (23-16).

При поступлении ребенка в такую группу проводится его первичное обследование, в процессе которого педагог-дефектолог изучает его актуальный уровень развития, потенциальные возможности, индивидуальные особенности и готовность к сотрудничеству со взрослыми. Выясняется исходный уровень основных линий развития ребенка: социального, физического, познавательного и эстетического. Уточняется уровень развития предметной деятель-

ности и делового общения со взрослыми, возможности взаимодействия со сверстниками; уровень развития основных движений пальцев. Иногда разброс показателей в физическом, эмоциональном и интеллектуальном развитии у одного и того же ребенка довольно значителен, что обусловлено многими обстоятельствами: временем наступления первичного нарушения, степенью выраженности этого нарушения, условиями воспитания в раннем возрасте, а также сроками оказания коррекционной помощи и ее содержанием. Именно знание диапазона возможностей каждого воспитанника, его специфических трудностей дает возможность выстроить целенаправленную и эффективную программу обучения каждого ребенка в соответствии с его особенностями и потребностями.

Из вышесказанного становится ясно, что изучение ребенка является важнейшей задачей, поскольку составляет практическую основу для разработки индивидуальной коррекционной программы развития.

В эту программу должны входить два важных взаимосвязанных направления: во-первых, организационные формы помощи родителям; во-вторых, содержательно-педагогическая работа с ребенком.

Работа с родителями включает в себя следующие организационные формы: лекционно-просветительскую; консультативно-рекомендательную; обучение родителей навыкам взаимодействия и общения со своим ребенком; проведение круглых столов, конференций, детских праздников и т. д.

Содержательно-педагогическая работа с ребенком должна быть направлена на стимуляцию основных линий развития ребенка, способствовать формированию основных базисных характеристик его личности.

Ниже приводится пример индивидуальной программы.

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ВОСПИТАНИЯ, ОБУЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ

*Лена К., возраст 2 г. (диагноз: синдром Дауна).*

**1. Здоровье.** Обеспечить необходимые условия для защиты, сохранения и укрепления здоровья ребенка. Наладить четкое выполнение режима дня. В процессе выполнения режимных моментов необходимо уделять внимание формированию навыков еды: учить есть ложкой, используя совместные действия со взрослым, пить самостоятельно из чашки; закрепить навык опрятности — проситься на горшок словами; учить выполнять некоторые самостоятельные действия — брать самостоятельно ложку, чашку, ставить чашку на стол, брать самостоятельно некоторые свои вещи (давать их взрослому).

**2. Социальное развитие.** Стремиться устанавливать более прочные эмоциональные контакты ребенка с близкими взрослыми, заражать эмоция-

ми радости, удовольствия, удовлетворения и поддерживать состояние психологического комфорта, укреплять положительные эмоциональные связи; прививать различные формы общения с близкими взрослыми (улыбаться, смотреть в глаза, протягивать ручку при встрече со знакомыми; при прощании махать рукой — «пока», посылать поцелуй); проводить следующие игры: «Жил-был бычок» (проговаривается текст: «Жил-был бычок, соломенный бочок, у него четыре ножки, очень острые рожки, пришел он к нам домой, покачал головой и говорит: «Где здесь Лена, я ее забодаю!»); «Прятки с оглядкой», «Ветер-ветер-ветерок»; «Ласковый ребенок» (ребенок должен показать, как он обнимает маму, папу, бабушку, дедушку, знакомую тетю); закрепить эмоциональную реакцию на появление родителей — мамы или папы, близких взрослых, радоваться, улыбаться и говорить: *мама, папа, баба, деда, тетя*; учить узнавать на фото себя и близких взрослых: находить себя (и близких взрослых) среди других лиц, выполнять инструкции: «Покажи, где Лена, где мама, где папа, где баба, где деда», выделять эти фото среди других, 2—3 фотографии; учить показывать части тела и лица («Покажи, где у Лены губы, щечки, большой пальчик, коленки»); закрепить умение выражать просьбу жестом и словом: дай-дай, на; учить благодарить словом за игрушку, еду, песенку, за оказанную помощь и т. д.

**3. Физическое развитие и физическое воспитание.** Развитие общих движений: продолжать учить самостоятельно ходить, используя для поддержки различные средства поддержки и стимулирования (пояс, игрушка в руке ребенка, пальцы и т. д.); развивать движения рук и совершенствовать ручную и мелкую моторику: учить удерживать (3—4 мин.) двумя руками предметы различные по материалу, размеру, весу и форме (мячи, кубики, кегли, пирамидки, колечки, матрешки, колокольчики, мешочки с камнями, с горохом, с крупой, резиновые шарики, коробочки и т. д.); схватывать предметы, которые находятся сверху, над головой, впереди — дотягиваться до них рукой, схватывать их и удерживать в руках; хлопать в ладоши, прокатывать палочки (шарики) между ладонями; кидать различные предметы в определенном направлении (мячи, кольца, кубики, мешочки с горохом, с крупой, с камнями и т. д.); схватывать и перекладывать мелкие предметы (крупные пуговицы, камешки, шишки, желуди, каштаны и т. д.); выделять каждый пальчик отдельно, предлагать надеть на пальчик наперстки, колечки; «играть» на пианино разными пальчиками; учить самостоятельно сползать с дивана, с кресла, с кровати; учить влезать на диван, на кресло, на кровать, используя спинки стула, дивана или подставки; учить самостоятельно садиться и вставать со стульчика, со скамейки, ступеньки, с горшка; учить ударять по мячу ногой из положения стоя, в то время как взрослый держит ребенка за руки.

Делать ежедневно массаж рук и пальцев рук; массаж ног и пальцев ног, а также подошвы ног.

**4. Формирование предметной деятельности.** Учить выполнять орудийные действия с предметами: набирать крупу в ложку (или в чашку) и пересыпать ее в коробочку; ударять молоточком по коробочке: «Кто там?»; забивать деревянные гвоздики; ударять молоточком по шарикам; доставать

палочкой далеко закатившиеся игрушки: шарики, тележки, мячики; доставать сачком из воды камешки (шарики); тянуть игрушки (тележку, шарики) за веревочку (вначале за привязанную, а затем учить использовать скользящую тесьму); играть деревянными ложками; играть на барабанах, на металлофоне; играть маракасами; перекладывать предметы (шарики, кубики, мячики,) ложкой, сачком из тарелки в коробочку; учить выполнять предметно-игровые действия: прокатывать шарики, мячики по желобку или через ворота; катать матрешку (зайку) в тележке; возить в машинке кубики (кирпичики); катать куклу (зайку, мишку, кошку) в коляске; играть с воздушными шариками; махать ленточкой, ловить шарик, отдавать его взрослому, брать за ленточку; кормить матрешку (куклу, зайку, мишку и т. д.), используя совместные действия взрослого с ребенком или подражать действиям взрослого; снимать колечки с пирамидки и нанизывать их на стержень; строить из кубиков башню; строить из кубиков лесенку, обыгрывая ее (по лесенке прыгает зайчик «прыг-прыг» или мишка идет «топ-топ»; ляля-матрешка идет); угощать кукол (зайчиков, мишек) бараночками (колечки из пирамидки): «Всех угощаем, каждому даем и говорим: «Угощайся, вот тебе, на, возьми, вкусная бараночка» и т. д.; учить играть в прятки; играть с Леной — накрывать ее головку платочком и говорить: «Сейчас Лена спрячется — нет Лены, где Лена?» Открыть платочек: «Вот она, наша Лена!». Затем взрослый себя накрывает этим же платком и сам спрашивает: «А где тетя?» Открывает платок и произносит: «Вот тетя, я здесь!». Затем прятать и искать игрушки: под салфетку, под кубик, в коробочку и т. д.

### **5. Познавательное развитие.**

А) Сенсорное развитие. Развитие ориентировки на величину, форму. Учить брать маленькие предметы одной рукой, большие — двумя руками (шарики, мячики, кубики, матрешки, машинки и т. д.), при этом взрослый говорит с подчеркнутой интонацией: «Держи обе ручки — это большая матрешка! Возьми маленькую матрешку!»; закрывать крышками маленькие и большие коробочки (разные по форме, величине и фактуре), опуская туда соответствующие предметы по размеру, при этом выделять интонационно голосом «большой — маленький»; опускать предметы в различные по форме коробки; закрывать крышками круглые и квадратные коробки, затем заглядывать туда, что там спрятали, доставать предметы и снова прятать; раскладывать предметы в две коробки: в одну — кубики, в другую — шарики; раскладывать большие шарики в большие коробки, маленькие — в маленькие.

Б) Ознакомление с окружающим. Учить ребенка обращать внимание на предметы и явления окружающей действительности, выделять игрушки: «Вот наши игрушки — кукла «ляля», машинка «би-би-би», матрешка «топ-топ», мячик «хлоп — хлоп», он катится, лови мячик»; выделять и действовать с предметами посуды: «Где ложка? Вот она — кушать будем ложкой. Где чашка? Пить будем из чашки. Где тарелка? В тарелку кашку будем класть, кашку кушать будем (ам-ам)»; выделять предметы одежды: «Где ботиночки — сейчас наденем на ножки. Лена будет ходить — топ-топ. Ножки будут бегать по дорожке. Где колготки? Вот они, наде-

нем на ножки, тепло будет ножкам. Где шапочка? Вот она, наденем Лене на головку. Лене будет тепло. Где шубка? Мы гулять идем. Там холодно, шубку надеть надо»; обращать внимание на предметы в окружающем: «Где телевизор? Где диван? Где стульчик? Там Лена сидит. Где горшок? Вот он. Лена будет пи-пи делать в горшок. Вот кровать, Лена баю-бай. Глазки закрывает Лена»; обращать внимание на животных и птиц: «Где собачка? Вон она побежала. Она лает: гав-гав. Где птичка? Вон ворона. Она кричит: кар-кар. Крылышками машет, полетела высоко-высоко»; обращать внимание ребенка на изменения в каждодневной жизни: «Вот пришла мама (тетя)», «Мама (тетя) уже ушла — нет мамы (тети)», «Вот кто-то там идет. Посмотрим, кто же там пришел», «Вот телевизор, включили, смотрим телевизор», «Сейчас выключим его, уже не работает телевизор» и т. д.

Обогащать представления ребенка об окружающей действительности: «Снег идет, вокруг много снега», «Машина едет, машина уехала», «Посмотрим, что там на улице, кто там ходит. Там дядя (мальчик) идет» и т. д.

#### **6. Развитие речи.**

А) Развитие понимания обращенной речи: учить показывать некоторые действия: «Покажи, как Саша спит? (Ребенок демонстрирует: закрывает глаза). Покажи, как играть на барабане? Покажи, где Лена спит? Покажи, где мишка? Покажи, где собачка? Покажи, где зайка? Возьми молоточек, сделай тук-тук. Топни ножкой! Потрогай ушко — знай-знай. Спой песенку — ля-ля-ля!»

Петь песенки Лене, петь песенки зайке (мишке, кукле). Читать потешки А. Барто и других авторов и просить Лену выполнить какое-либо действие при чтении конкретного стиха: «Мишка косолапый», «Зайку бросила хозяйка», «Я люблю свою лошадку», «Серенькая кошечка», «Дудочка», «Идет бычок качается» и т. д.

#### **Б) Формирование активной речи:**

вырабатывать воздушную струю — дуть в свирель, дудочку, на воздушный шарик, на бабочку, на уточку (лодочку), плавающую по воде и т. д. учить движениям губ: *па-па-па; ба-ба-ба-ба; да-да-да; ма-ма-ма; ля-ля-ля;*

использовать игру: «Вот он язычок — нет язычка»; учить произносить звукоподражания и лепетные слова: «*ам-ам*»; «*би-би*», «*баю-бай*», «*пи-пи*», «*па-па*», «*ма-ма*», «*бах*», «*упал*», «*топ-топ*»; «*ку-ку*» и т. д.;

учить произносить отдельные слова: *мама, папа, Лена, кушать, спать, тетя, дай, на, гулять, петь, топать, пить, баба, дед, тетя, петя, миша, зайка;*

учить произносить элементарные фразы: «*Дай пить; Дай ам-ам; Дай лялю; Дай би-би, На лялю; Дай сок; На, читай*» и т. д.

**7. Формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности.** Формировать интерес к рисованию. Взрослый рисует на глазах у ребенка красками, при этом сначала можно брать краску рукой (затем кисточкой): снежинки, падающие на землю; шарик с веревочкой; елочку с игрушками; дорожку для зайчика; следы зайчика; колобок катится по дорожке; ежика и т. д. Все рисунки сопровождаются речью взрослого: «Вот они сне-



жинки, падают на землю и ложатся как снег. Снежинок много на земле — это снег, его много везде — на земле, на елках» и т. д.; давать пробовать Лене выполнять некоторые действия: делать красками следы на бумаге; рисовать мелом на доске (или линолиуме). Формировать интерес к лепке — взрослый лепит из теста лепешки для матрешки; конфетки для куклы; баранки для матрешки; колобок; учить отщипывать кусочки от большого куса, мять тесто, вдавливать одним пальцем в большой кусок; обыгрывать поделки из теста — угощать ими кукол.

Формировать интерес к конструированию. Взрослый на глазах у ребенка строит дорожку, заборчик из строительного материала (из кирпичиков) и обыгрывает их; взрослый строит на глазах у ребенка из конструктора «лего» дорожки, лесенки и обыгрывает их, привлекая ребенка к совместной деятельности.

При проведении педагогической работы по индивидуальным программам необходимо соблюдать следующие важные условия: во-первых, обеспечение положительного отношения ребенка к занятиям; во-вторых, индивидуализация содержания занятий в соответствии с интересами, склонностями, возможностями ребенка, также характером его первичного нарушения; в-третьих, регулярность проведения занятий. Если занятия проводятся педагогом-дефектологом 2 раза в неделю, то остальные дни с ребенком занимаются родители по этой же программе.

### **Основные направления коррекционно-педагогического процесса, осуществляемого в дошкольном образовательном (коррекционном) учреждении для детей с нарушениями интеллекта (умственно отсталых)**

Главной целью дошкольного коррекционного воспитания является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, формирование его позитивных личностных качеств.

В специализированном дошкольном учреждении решаются следующие блоки задач: диагностические, воспитательные, коррекционно-развивающие и образовательные.

В *диагностическом* блоке ведущей задачей является организация комплексного медико-психолого-педагогического изучения ребенка в динамике коррекционно-воспитательного процесса и одновременно в целях разработки индивидуальной программы развития ребенка.

Блок *воспитательных* задач направлен на решение вопросов социализации, повышения самостоятельности и автономии ребенка и его семьи, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении дошкольника, а также воспитания у него положительных личностных качеств.

Следующим блоком задач является *организация коррекционной работы*, направленной, во-первых, на развитие компенсаторных

механизмов становления психики и деятельности проблемного ребенка, а во-вторых, на преодоление и предупреждение у воспитанников детского сада вторичных отклонений в развитии их познавательной сферы, поведения и личностных ориентиров. При этом предполагается обучение родителей отдельным психолого-педагогическим приемам, повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни, укрепляющим его веру в собственные возможности. Данная работа осуществляется всеми специалистами дошкольного учреждения в тесной взаимосвязи, на основе профессионального взаимодополнения.

Блок **образовательных задач** направлен на обучение детей способам усвоения общественного опыта, развитие их познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода. Важной задачей образовательного блока является подготовка детей к школьному обучению, которая должна вестись с учетом индивидуальных особенностей и возможностей каждого ребенка.

Все вышеперечисленные задачи учтены в программе «Коррекционно-развивающее обучение детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта».

Программа по своей структуре состоит из пояснительной записки и 6 разделов: «Здоровье», «Социальное развитие», «Физическое воспитание и физическое развитие», «Познавательное развитие», «Формирование деятельности», «Эстетическое развитие».

Охарактеризуем кратко эти разделы.

### I. Раздел «Здоровье»

В данном разделе рассматриваются условия, необходимые для защиты, сохранения и укрепления здоровья каждого ребенка. Определены задачи формирования предпосылок и конкретных способов здорового образа жизни ребенка, перечисляются возможные воспитательные и образовательные мероприятия, направленные на овладение детьми приемами и навыками, значимыми для их безопасной жизнедеятельности и воспитания внимательного отношения к своему здоровью.

### II. Раздел «Социальное развитие»

Программа данного раздела охватывает следующие блоки психолого-педагогической работы с детьми:

формирование у ребенка с ограниченными возможностями здоровья представлений о самом себе, воспитание элементарных навыков для выстраивания адекватной системы положительных личностных оценок и позитивного отношения ребенка к себе (концентр «Я сам»);

формирование сотрудничества ребенка со взрослыми и сверстниками и воспитание навыков продуктивного взаимодействия в процессе совместной деятельности (концентр «Я и другие»);

формирование адекватного восприятия окружающих предметов и явлений, воспитание положительного отношения к предметам живой и неживой природы, создание предпосылок и закладка первоначальных основ экологического мироощущения, нравственного отношения к национальным традициям и общечеловеческим ценностям (концентр «Я и окружающий мир»).

Основопологающим содержанием в данном разделе является формирование сотрудничества ребенка со взрослым и научение ребенка способам усвоения и присвоения общественного опыта. В основе сотрудничества ребенка со взрослым лежит эмоциональный контакт, который является центральным звеном становления у ребенка мотивационной сферы. Переход непосредственного восприятия в познавательный интерес становится у ребенка основой для деловой формы общения, а затем и для подлинного сотрудничества с другими людьми.

В процессе коррекционно-педагогической работы у ребенка складывается представление о себе и происходит открытие своего «Я». Малыш выделяет себя в мире вещей и других людей. Он приходит к осознанию своего «Я» через формирование и пробуждение «личной памяти», накопление жизненного опыта, зафиксированного в словесном плане, через приобщение его к жизни близких людей, через становление ценностных ориентиров, связанных с возрастной и половой принадлежностью.

Мир человеческих отношений раскрывается перед детьми через представления о добре и зле, представления о своем и чужом и т. д. У ребенка с ограниченными возможностями здоровья необходимо развивать социально значимые мотивы поведения: желание понять другого человека, помочь, уступить, проявить заботу о слабым, пожилым. В идеале нужно стремиться к развитию гибкости социального поведения в различных видах общения с детьми и взрослыми.

Таким образом, социальное развитие проблемного ребенка подготавливает его к адекватной ориентировке в окружающей среде, способствуя при этом становлению навыков социально приемлемого поведения в различных жизненных ситуациях.

### III. Раздел «Физическое воспитание и физическое развитие»

Физическое воспитание и физическое развитие направлено на совершенствование функций формирующегося организма ребенка, полноценное развитие основных движений, разнообразных двигательных навыков, совершенствование тонкой ручной моторики и развитие зрительно-двигательной координации.

Физическое развитие предполагается всей организацией жизни детей в семье и дошкольном учреждении, организацией предметной и социальной среды, всех видов детской деятельности с учетом возрастных и индивидуальных особенностей дошкольников. В режиме дня ребенка должны быть предусмотрены занятия по физическому воспитанию, игры и развлечения на воздухе, при проведении которых учитываются региональные и климатические условия.

Занятия по физическому воспитанию строятся так, чтобы в ходе их решались как общие, так и коррекционные задачи. В занятия включаются физические упражнения, направленные на развитие всех основных движений (ходьба, бег, прыжки, лазанье, ползание, метание), а также общеразвивающие упражнения, направленные на укрепление мышц спины, плечевого пояса и ног, координацию движений, формирование правильной осанки, развитие равновесия.

#### IV. Раздел «Познавательное развитие»

Данный раздел имеет несколько подразделов, рассмотрим их.

##### *1. Развитие внимания*

Развитие внимания является одной из важнейших предпосылок для успешного усвоения ребенком доступного для него объема навыков, умений, представлений и знаний. На начальном периоде обучения имеющееся у проблемного ребенка непроизвольное внимание привлекается к новому яркому предмету, движению, звуку. Далее под непосредственным руководством взрослого ребенок научается сосредотачиваться на предмете более длительное время и с большей продуктивностью — так формируются элементы произвольного внимания. При этом степень произвольности в деятельности детей носит сугубо индивидуальный характер, который учитывается при организации коррекционно-развивающей работы с ребенком.

##### *2. Развитие тонкой ручной моторики и совершенствование зрительно-двигательной координации*

Работа по развитию ручной и тонкой ручной моторики проводится на специальных занятиях. На начальном этапе обучения большое внимание уделяется общему развитию рук ребенка, формированию хватания, согласованности действий обеих рук, выделению каждого пальца, становлению ведущей руки и развитию согласованности обеих рук. В ходе проведения занятий у детей отрабатываются навыки удержания пальцевой позы, переключения с одной позы на другую, одновременного выполнения движений пальцами и кистями обеих рук. Эти и подобные им движения выполняются вначале по подражанию действиям взрослого, а затем в сочетании с речевым сопровождением и с опорой на зрительные и тактиль-

ные образы-представления. Развитие всех видов ручной моторики и зрительно-двигательной координации служит основой для становления типичных видов детской деятельности, является предпосылкой для становления устной и письменной речи, а также способствует повышению познавательной активности детей.

### *3. Сенсорное воспитание и развитие ориентировочной деятельности*

Сенсорное воспитание направлено на формирование у детей перцептивных действий, таких, как действия рассматривания, выслушивания, ощупывания, а также обеспечение освоения систем сенсорных эталонов. Другой важной задачей сенсорного воспитания является своевременное и правильное соединение сенсорного опыта ребенка со словом. Соединение того, что ребенок воспринимает, со словом, обозначающим воспринятое, помогает закрепить в представлении образы предметов, их свойств и отношений, делает эти образы более четкими, систематизированными и обобщенными. Развитие восприятия во всех случаях идет от различения предметов, их свойств, отношений к их восприятию цельного образа предмета, а затем и к фиксации образа в слове, т. е. к появлению образа-представления.

Занятия проводятся по следующим направлениям: развитие зрительного, слухового внимания и восприятия, развитие тактильно-двигательного и вкусового восприятия.

### *4. Развитие различных видов памяти*

Развитию различных видов памяти также уделяется внимание на всех занятиях с ребенком. У проблемного ребенка, как и у его нормально развивающегося сверстника, наблюдается предпочтительное развитие тех или иных видов памяти и разная степень их включенности в ту или иную деятельность. Педагогу и родителю необходимо быть внимательным наблюдателем, чтобы увидеть преобладающие виды памяти и с учетом этого включать в деятельность ребенка те задания, которые сначала строятся на ведущем виде памяти, а затем развивают и другие ее виды.

Работа по развитию памяти позволяет сформировать и закрепить у ребенка достаточно адекватные образы восприятия предметов окружающей действительности. Именно эти полимодальные образы восприятия затем становятся основой для формирования обобщенных и более гибких представлений о предметах и явлениях окружающего мира.

### *5. Формирование мыслительной деятельности*

Содержание работы по формированию мышления направлено на развитие ориентировочной деятельности и познавательной активности, на укрепление взаимосвязи между основными компонентами мыслительной деятельности: действием, словом и образом.

Формирование мышления рассматривается как единый диалектический процесс, где каждый из видов мышления является необходимой составляющей, компонентом общего мыслительного процесса.

На занятиях по формированию мышления выделяются следующие направления:

- создание у детей предпосылок к развитию наглядно-действенного мышления;
- формирование целенаправленной орудийной деятельности в процессе выполнения практического и игрового задания;
- формирование обобщенного представления о вспомогательных предметах и орудиях фиксированного назначения; знакомство детей с проблемными практическими ситуациями;
- формирование навыков анализа этих ситуаций и обучение использованию предметов — заместителей;
- формирование способов ориентировки в условиях проблемной практической задачи и способах ее выполнения;
- формирование метода проб как основного метода решения проблемно-практических задач и обобщение этого опыта в вербальном плане;
- формирование у детей наглядно-образного мышления;
- формирование у детей умений выполнять предметную классификацию по образцу, слову и самостоятельно;
- обучение детей решению элементарных логических задач.

Таким образом, занятия по формированию мышления проводятся по следующим направлениям: формирование наглядно-действенного, наглядно-образного и элементов логического мышления.

#### *б. Ознакомление с окружающим*

В этом разделе основная задача — сформировать у детей целостное восприятие и представления о различных предметах и явлениях окружающей действительности, а также дать представление о человеке, о строении его тела, об основных функциях организма, о видах деятельности человека и его взаимоотношениях в социуме, прививая ребенку первые понятия начального опыта об общечеловеческих ценностях.

Кроме того, в ходе ознакомления с окружающим у детей формируются представления о предметном мире, созданном руками человека. Ознакомление с окружающим может также обогатить чувственный опыт ребенка — научить его быть внимательным к тому, что его окружает: смотреть и видеть, слушать и слышать, осязать и осязать. Обогащение чувственного опыта неразрывно связано с развитием чувственного познания — ощущениями, восприятием, возникающими на их основе представлениями. Таким образом мы создаем чувственную основу и понимание значения слова,

и подготавливаем к восприятию словесных описаний объектов, явлений и отношений. В процессе ознакомления с природой у детей формируются образы-представления о живом и неживом мире, о взаимосвязи объектов и явлений природы, а также о жизни и деятельности человека. Детей учат видеть и понимать реальные причинные зависимости. При этом большое внимание уделяется экологическому воспитанию детей.

Занятия по ознакомлению с окружающим проводятся по следующим направлениям: ознакомление с явлениями социальной жизни; ознакомление с предметным миром, созданным человеком; ознакомление с природой (живой и неживой) и явлениями природы. Каждое из этих направлений знакомит детей с определенным типом свойств, связей и отношений, характерных для данной области действительности. Ознакомление с окружающим будет обеспечивать существенные сдвиги в умственном развитии детей лишь в том случае, когда детям будут даваться не отдельные знания о предмете или явлении, а определенная целостная система знаний, отражающая существенные связи и зависимости в той или иной области.

#### *7. Формирование элементарных математических представлений*

Содержание этого подраздела программы имеет важное значение как вклад в систему знаний ребенка, так и как средство развития познавательных процессов — восприятия и мышления. В основе развития математических представлений лежит познание детьми дошкольного возраста количественных и качественных отношений между предметами. Эти отношения могут быть поняты детьми только тогда, когда они научатся сравнивать, сопоставлять между собой предметы и группы предметов (множества). Сравнение — один из важнейших мыслительных процессов — лежит в основе сопоставления предметов по форме, величине, пространственному расположению и количеству. Величина, форма, пространственное расположение предметов и их частей являются внешними хорошо воспринимаемыми признаками. Количество же более абстрактный и в этом смысле совсем особый признак. На протяжении дошкольного возраста дети с ограниченными возможностями здоровья должны понять, что количество — признак, который не связан ни с формой, ни с величиной, ни с цветом предметов, ни с их функциональным назначением или расположением в пространстве. Количество должно приобрести для детей свое, особое значение.

Основной задачей данного раздела является обучение детей умениям сопоставлять, сравнивать, устанавливать соответствие между различными множествами и элементами множеств.

Кроме того, в раздел математических представлений включена работа по формированию временных представлений, ориентиров-

ки во времени, с тем, чтобы дети начинали осознавать значимость структурирования собственной деятельности, а также овладели первоначальными навыками контроля и соотношения темпа своей деятельности с временными понятиями.

#### *8. Развитие основных компонентов речевой деятельности*

Овладение родным языком как средством и способом специфически человеческого общения и познания является одним из самых важных приобретений ребенка в дошкольном детстве. Именно в этом возрасте ребенок способен к усвоению речи. Если определенный уровень овладения родным языком не достигнут к 5—6 годам, то этот путь, как правило, не может быть успешно пройден на более поздних возрастных этапах.

На начальном этапе обучения коррекционная работа направлена на создание предпосылок к развитию речи: формирование интереса к окружающему, развитие предметной деятельности, слухового внимания и восприятия, совершенствование фонематического слуха и активизацию артикуляционного аппарата.

Развитие речи у детей происходит в процессе всех видов детской деятельности, в повседневной жизни, в общении с членами семьи, а также на специальных занятиях по развитию речи. В процессе занятий по сенсорному воспитанию, формированию мышления у детей создаются адекватные образы представлений об окружающей действительности; происходит усвоение слов, обозначающих свойства и качества предметов, усваиваются причинно-следственные связи. Весь приобретенный социальный и эмоциональный опыт закрепляется и обобщается в слове, а сама речь получает адекватную содержательную основу.

На специальных занятиях по развитию речи систематизируется и обобщается речевой материал, приобретенный детьми в процессе других видов деятельности, расширяется и уточняется словарь, активизируется связная речь. Кроме того, решаются специфические коррекционные задачи: формируются основные функции речи — фиксирующая, сопровождающая, познавательная, регулирующая и коммуникативная, а также осуществляется работа по коррекции звукопроизношения у детей.

В процессе развития речевой деятельности ребенка с отклонениями в развитии большое внимание должно быть уделено индивидуальным занятиям, которые обычно направлены на формирование связной речи, грамматического строя речи и коррекцию звукопроизношения.

#### *9. Подготовка к обучению грамоте*

Данный вид занятий проводится в подготовительной к школе группе и в семье на седьмом году жизни ребенка. У детей формируют элементарные представления о звукобуквенном анализе, с



ними проводятся занятия по подготовке руки к письму. Эти занятия способствуют развитию у детей интереса к знаково-символической деятельности, формируют умение ориентироваться и работать на листе бумаги. В ходе занятий по подготовке к грамоте дети переходят на новый уровень общения — элементарно-деловой — при контактах со взрослым и с коллективом сверстников.

#### V. Раздел «Формирование деятельности»

В данном разделе рассматриваются следующие направления:

- формирование предметной деятельности;
- становление игровой деятельности;
- формирование продуктивных видов детской деятельности (рисование, лепка, аппликация, конструирование, ручной труд);
- формирование элементов трудовой деятельности.

Предметная деятельность является базисным видом деятельности, на основе которой формируются все остальные вышеперечисленные виды детской деятельности. В ходе ее становления у ребенка развиваются ориентировочные реакции типа: «Что это?» и «Что с этим можно делать?». Отвечая на эти вопросы, ребенок усваивает способы действия с предметами, орудиями, овладевая их функциональным назначением. В ходе развития предметных действий у ребенка формируются соотносящие и орудийные действия, происходит становление ориентировочно-познавательной деятельности и предпосылок к развитию речи. Кроме того, в ходе выполнения предметных действий у ребенка улучшаются физиологические возможности рук, согласованность и плавность их действий, развивается тонкая ручная моторика и зрительно-двигательная координация.

Игровая деятельность является ведущей деятельностью детей дошкольного возраста. Формирование игровой деятельности предполагает развитие у детей интереса к игрушкам, предметно-игровым действиям и воспитание умения играть со сверстниками. Постепенно от предметно-игровых действий переходят к обучению детей сюжетной игре, воспитывают умение принимать на себя определенные роли и действовать в игре соответственно принятой роли, учитывая при этом ролевую позицию партнера. Сюжетно-ролевая игра создает основу для развития функции замещения, необходимой для дальнейшего развития мыслительной и речевой деятельности ребенка.

Формирование игровой деятельности у ребенка с ограниченными возможностями здоровья происходит в условиях проведения специально организованных родителем или педагогом занятий, и лишь затем полученные навыки переносятся в свободную деятельность детей.

Продуктивные виды деятельности играют большую роль в воспитании и обучении ребенка дошкольного возраста. Они стимули-

руют познавательную активность ребенка и вместе с тем в процессе этой деятельности воспитываются его личностные качества, происходит коррекция его поведения.

Становление изобразительной деятельности и конструирования начинается с воспитания интереса к этим видам деятельности, заинтересованности в их процессе и результате. На начальных этапах обучение направлено на формирование способов обследования предметов, развитие зрительно-двигательной координации, совершенствование ручной моторики. Дети учатся анализировать предметы, их свойства и качества, а затем передавать особенности предметов и явлений окружающего мира посредством рисунка, лепки, аппликации, конструкций.

Изобразительная деятельность и конструирование связаны с занятиями по сенсорному воспитанию, ознакомлению с окружающим, обучению игре. На занятиях по изобразительной и конструктивной деятельности проводится специальная работа по речевому развитию детей, что в свою очередь способствует развитию представлений и наглядных форм мышления.

Основной формой обучения изобразительной деятельности и конструированию являются фронтальные и индивидуальные занятия, на которых ведущая роль принадлежит воспитателю.

Большой коррекционной эффективности в процессе обучения можно достичь при проведении занятий с использованием смешанных техник изображения предметов и явлений реального мира. Сочетание рисования красками с обрывной аппликацией, использование разнообразной клеевой техники, создание коллажей и другие виды работы создают условия для возникновения и реализации радостных, непосредственных эмоций, имеющих ярко выраженные индивидуальные проявления.

Занятия ручным трудом, особенно работа с природными материалами (глина, песок, вода, объекты живой природы — листья, ветки, семена, ракушки, шишки, желуди и др.), развивает полимодальные ощущения и представления у детей, активизируя их познавательную, личностную и мотивационно-образующую сферу. Большую роль при этом играет участие родителей, которые во время прогулок с детьми могут собирать, рассматривать и анализировать собранные образцы. Работа с бумагой, с тканью различной фактуры, нитками, веревками создает предпосылки для освоения элементов трудовой деятельности.

Занимаясь предметной деятельностью, ребенок овладевает элементами трудовой деятельности, что побуждает его к овладению новым уровнем предметных и орудийных действий.

В процессе воспитания в специальных дошкольных учреждениях детей знакомят с трудом взрослых, с ролью труда в жизни людей, воспитывают уважение к труду взрослых. Практическая же деятель-

ность детей состоит в освоении навыков самообслуживания, ручного труда, хозяйственно-бытового труда и труда в природе.

## VI. Раздел «Эстетическое развитие»

В данном разделе рассматриваются следующие виды эстетического воспитания:

- музыкальное воспитание и ритмика;
- изобразительное искусство;
- ознакомление с художественной литературой;
- театрализованная деятельность.

*Музыкальное воспитание* имеет разностороннюю коррекционную направленность. С детьми проводятся музыкально-ритмические занятия, имеющие целью развитие сенсорных процессов и формирование адекватных реакций на звучание музыки.

В процессе музыкально-ритмических занятий происходит развитие слухового внимания и слухового восприятия, развитие голоса, динамически ритмичных движений и ориентировки в схеме собственного тела и в пространстве.

У детей воспитывается положительное эмоциональное отношение и интерес к музыке, расширяются музыкальные впечатления, развивающие эмоциональную сферу, средствами музыки воспитывается эстетическое отношение к окружающему, к родной природе.

Занятия по музыкальному воспитанию осуществляются по следующим направлениям: слушание музыки, пение, танцы, музыкально-дидактические игры, музыкально-ритмические движения.

*Изобразительное искусство* включено в раздел «Эстетическое воспитание» с целью ознакомления детей с произведениями изобразительного искусства, развития элементов воображения и творчества. На занятиях, проводимых воспитателем, у детей развиваются элементы личностного отношения как к воспринимаемому произведению искусства, так и к создаваемому им самим изображению. Занятия по данному разделу программы проводятся в подготовительной группе детского сада.

В процессе *ознакомления детей с художественной литературой* начинается формирование восприятия художественного текста. Знакомясь со сказками, рассказами, стихотворениями, дети учатся различать литературные жанры, эмоционально откликаться на поступки любимых литературных персонажей, сопереживать им. Работа с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, предполагает большое количество разнообразных практических действий как с самой книгой (потрогать, рассмотреть, поддержать, погладить), так и с материалом (сюжетом) произведения (драматизация, обыгрывание прочитанного на фланелеграфе, с помощью настольного театра, использование театра теней и кукольного театра).

Последнее время усилился интерес к активизации эмоциональной сферы детей и коррекции имеющихся у них отклонений через использование театрализованных видов деятельности. Включение приемов театрализации в повседневную жизнь детей делает ее более яркой, динамичной, насыщает положительными эмоциями, а главное — дает ребенку возможность приобрести личный опыт вхождения в ту или иную ситуацию, вживания в определенную роль, адекватного взаимодействия с партнером, находящимся в образе определенного персонажа. Это, в свою очередь, способствует развитию у детей познавательных процессов: восприятия, памяти, мышления, речи, элементов воображения, формирует навыки позитивного поведения в обществе.

Таким образом в процессе всей коррекционно-воспитательной работы происходит становление начал личности ребенка-дошкольника, которое связано с формированием адекватного поведения детей и с гармонизацией их отношений со сверстниками и взрослыми. При этом у дошкольников закладываются основы таких нравственных качеств как отзывчивость, доброта и терпение, понятие о взаимопомощи, и дети приобретают практический опыт их реализации в повседневной жизни.

### **Вопросы и практические задания**

1. Дайте определения следующим терминам: «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция».
2. Назовите основные причины умственной отсталости.
3. Охарактеризуйте систему помощи умственно отсталым детям в нашей стране.
4. Расскажите о направлениях в коррекционно-развивающем обучении умственно отсталых детей.
5. Подготовьте рефераты на следующие темы: «Формирование общения умственно отсталых детей»; «Система коррекционно-педагогической работы по формированию восприятия умственно отсталых детей»; «Развитие моторики у детей с нарушением интеллекта»; «Формирование игровой деятельности умственно отсталых детей»; «Формирование изобразительной деятельности у детей с нарушением интеллекта»; «Коррекционно-педагогическая работа по развитию речи у детей с нарушением интеллекта»; «Работа специалиста-дефектолога с родителями, воспитывающими ребенка с нарушением интеллекта».
6. Расскажите о роли ранней коррекционно-педагогической работы с умственно отсталыми детьми.

### **Литература**

1. *Выготский Л. С.* Собр. соч. — М., 1983. — Т. 5.
2. Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л. П. Носковой. — М., 1995.

3. *Гаврилушкина О. П., Соколова Н. Д.* Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. — М., 1989.
4. *Гаврилушкина О. П.* Обучение конструированию в дошкольных учреждениях для умственно отсталых детей. — М., 1991.
5. *Екжанова Е. А., Стребелева Е. А.* Системный подход к разработке программы коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением интеллекта // Дефектология. — 1999. — № 6.
6. *Екжанова Е. А., Стребелева Е. А.* Организация коррекционно-развивающего процесса в условиях специализированного учреждения для детей с нарушениями интеллекта // Дефектология. — 2000. — № 3.
7. *Замский Х. С.* Умственно отсталые дети. — М., 1995.
8. *Занков Л. В.* Лев Семенович Выготский как дефектолог // Дефектология. — 1971. — № 6.
9. *Катаева А. А., Стребелева Е. А.* Дошкольная олигофренопедагогика. — М., 1998.
10. *Катаева А. А., Стребелева Е. А.* Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. — М., 1991.
11. *Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / Под ред. Л. П. Носковой.* — М., 1989.
12. *Маленькие ступеньки. Ассоциация Даун Синдром. (1—8 книг)* — М., 1998.
13. *Мишина Г. А.* Особенности взаимодействия родителей с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями // Дефектология. — 2000. — № 4.
14. *Программы. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста.* — М., 1983 и 1991.
15. *Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста / Под ред. Е. А. Стребелевой.* — М., 1998.
16. *Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина.* — СПб., 1999.
17. *Стребелева Е. А.* Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2—3 лет) (ранняя диагностика умственного развития).
18. *Стребелева Е. А.* Формирование мышления у умственно отсталых дошкольников // Дефектология. — 1994. — № 5.

## **Глава 4. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

### **1. ХАРАКТЕРИСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

Задержка психического развития (ЗПР) — это психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. По данным разных авторов, в детской популяции выявляется от 6 до 11% детей с ЗПР различного генеза. Задержка психического развития относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. В целом для данного состояния являются характерными гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий.

Для психической сферы ребенка с ЗПР типичным является сочетание дефицитарных функций с сохранными. Парциальная (частичная) дефицитарность высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка. При этом в отдельных случаях у ребенка страдает работоспособность, в других случаях — произвольность в организации деятельности, в третьих — мотивация к различным видам познавательной деятельности и т. д.

Задержка психического развития у детей является сложным полиморфным нарушением, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности.

Для того чтобы понять, что является первичным нарушением в структуре данного отклонения, необходимо вспомнить структурно-функциональную модель работы мозга (по А. Р. Лурия). В соответствии с данной моделью выделяются три блока — энергетический, блок приема, переработки и хранения информации и блок программирования, регуляции и контроля. Сложенная работа указанных трех блоков обеспечивает интегративную деятельность мозга и постоянное взаимообогащение всех его функциональных систем.

Известно, что в детском возрасте функциональные системы с коротким временным периодом развития в большей степени обнаруживают тенденцию к повреждению. Это характерно, в частности, для систем продолговатого и срединного мозга. Признаки же функциональной незрелости проявляют системы с более длительным постнатальным периодом развития — третичные поля анализаторов и формации лобной области. Поскольку функциональные системы мозга созревают гетерохронно, то патогенный фактор, который воздействует на разных этапах пренатального или раннего постнатального периода развития ребенка, может вызвать сложное сочетание симптомов как негрубого повреждения, так и функциональной незрелости различных отделов коры головного мозга.

Подкорковые системы обеспечивают оптимальный энергетический тонус коры головного мозга и регулируют ее активность. При их функциональной или органической неполноценности у детей возникают нейродинамические расстройства — лабильность (неустойчивость) и истощаемость психического тонуса, нарушение централизованности, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения, явления вегето-сосудистой дистонии, обменно-трофические нарушения, аффективные расстройства [8].

Третичные поля анализаторов относятся к блоку получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешней и внутренней среды. Морфо-функциональное неблагополучие этих областей приводит к дефицитности модально-специфических функций, к которым относятся праксис, гнозис, речь, зрительная и слуховая память.

Формации лобной области относятся к блоку программирования, регуляции и контроля. Совместно с третичными зонами анализаторов они осуществляют сложную интегративную деятельность мозга — организуют совместное участие различных функциональных подсистем мозга для построения и реализации наиболее сложных психических операций, познавательной деятельности и сознательного поведения. Незрелость этих функций приводит к возникновению у детей психического инфантилизма, несформированности произвольных форм психической деятельности, к нарушениям межанализаторных корко-корковых и корко-подкорковых связей.

Подведем итог. Структурно-функциональный анализ показывает, что при ЗПР могут быть первично нарушены как отдельные вышеназванные структуры, так и их основные функции в различных сочетаниях. При этом глубина повреждений и(или) степень незрелости может быть различной. Именно этим и определяется многообразие психических проявлений, встречающееся у детей с ЗПР. Разнообразные вторичные наслоения еще более усиливают внутригрупповую дисперсию в рамках данной категории.

При задержке психического развития у детей отмечаются разнообразные этиопатогенетические варианты, где ведущим причиннообразующим фактором может быть:

низкий темп психической активности (корковая незрелость),  
дефицит внимания с гиперактивностью (незрелость подкорковых структур),

вегетативная лабильность на фоне соматической ослабленности (в силу незрелости или вследствие ослабленности самой вегетативной нервной системы на фоне социальных, экологических, биологических причин),

вегетативная незрелость (как биологическая невыносливость организма),

энергетическое истощение нервных клеток (на фоне хронического стресса) и другие.

Определение «задержка психического развития» также используется для характеристики отклонений в познавательной сфере у ребенка с педагогической запущенностью, обусловленной социальной депривацией.

Таким образом, в данном определении отражаются как биологические, так и социальные факторы возникновения и развертывания такого состояния, при котором затруднено полноценное развитие здорового организма, задерживается становление лично-стно развитого индивидуума и неоднозначно складывается формирование социально зрелой личности.

## **2. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Системы оказания помощи лицам с различными типами нарушений развития тесно связаны с социально-экономическими условиями существования общества, с политикой государства по отношению к детям с отклонениями в развитии, с нормативно-законодательной базой, определяющей цензовый характер образования и уровень требований к выпускникам учреждений специального образования.

Широко известно, что первыми получили помощь от государства дети с глубокими нарушениями психического и физического развития еще в середине XVIII в. Конец XIX — начало XX столетия стали началом систематического обучения умственно отсталых детей. А с середины пятидесятих годов XX столетия внимание ученых и практиков стали привлекать дети с задержкой психического развития.

Первоначально проблема задержки психического развития рассматривалась в контексте трудностей в обучении, возникающих у детей школьного возраста. Педагоги, в первую очередь западные,



объединяли в эту группу детей, испытывающих затруднения в обучении, называли их детьми с недостаточными способностями в обучении или детьми с трудностями в обучении. Медики, также изучавшие детей с подобными отклонениями, пришли к заключению, что трудности, которые испытывают дети, связаны, в первую очередь, с последствиями повреждений мозга на ранних этапах развития ребенка. Поэтому таких детей они называли детьми с минимальными мозговыми повреждениями. Возникновение трудностей у детей рассматривалось в педагогике и с социальных позиций. Истоки задержки психического развития ребенка этими учеными виделись в социальных условиях его жизни и воспитания. Дети, требующие специального обучения для преодоления последствий этих неблагоприятных социальных условий, определялись ими как неприспособленные, педагогически запущенные (по английской терминологии — подвергнувшиеся социальной и культурной депривации). В немецкой литературе в данную категорию включались дети с нарушениями поведения, на фоне которых возникали затруднения в обучении.

Дискуссия, развернувшаяся между учеными о причинах и последствиях задержки психического развития у детей, оказалась очень полезной для практического решения этой проблемы. Во всем мире стали открываться специальные классы для детей с данным отклонением в развитии. Таков был первый этап изучения и обучения детей с ЗПР.

Следующий этап связан с комплексными медико-психолого-педагогическими исследованиями неуспевающих учащихся (в Советском Союзе) и детьми, обучающимися в специальных классах (в США, Канаде, Англии). Уже в 1963/64 учебном году в США, в штате Калифорния, была принята программа «опережающего обучения» (Head Start Project), предусматривающая годичную подготовку детей старшего дошкольного возраста, неспособных или неготовых идти в соответствующий срок в общеобразовательную школу (Л. Тарнопол, 1975). Для этого при общеобразовательных школах создавались специальные классы или группы.

В Советском Союзе в это время и в последующие десятилетия активно развивалась система помощи детям с ЗПР школьного возраста. Проблема задержки психического развития у детей всесторонне изучалась. В исследованиях М. С. Певзнер (1966), Г. Е. Сухаревой (1965, 1974), И. А. Юрковой (1971), В. В. Ковалева (1973), К. С. Лебединской (1975), М. Г. Рейдибойма (1977), И. Ф. Марковской (1993) и других ученых был уточнен клинический состав данной нозологии. В психолого-педагогических исследованиях были изучены психологические особенности детей, особенности формирования у них различных представлений, знаний и навыков (Н. А. Никашина, 1965, 1972, 1977; В. И. Лубовский, 1972, 1978,

1989; Н. А. Цыпина, 1974, 1994; Е. А. Слепович, 1978, 1989, 1990; В. А. Авогиньш, 1982, 1986; У. В. Ульяновка, 1990, 1994). В 1981 г. в структуру специального образования был введен новый тип учреждения — школы и классы для детей с ЗПР.

Несколько позже началось в стране изучение детей с ЗПР дошкольного возраста. В Институте дефектологии (ныне Институт коррекционной педагогики РАО) проводился многолетний эксперимент по изучению, воспитанию и обучению детей с ЗПР 5—6-летнего возраста. Результатом его явилась Типовая программа обучения детей с ЗПР в подготовительной группе детского сада (1989), а в 1991 г. авторским коллективом этого института под руководством С. Г. Шевченко был предложен вариант программы коррекционного обучения детей с ЗПР старшего дошкольного возраста. С 1990 г. дошкольные учреждения для детей с задержкой психического развития включены в номенклатуру специальных (коррекционных) дошкольных учреждений нашей страны.

За тридцать лет изучения детей с рассматриваемой патологией в отечественной науке и практике сложилась теоретическая база, определились основные методологические подходы к организации воспитания и обучения, накоплен опыт работы по оказанию коррекционно-педагогической помощи детям-дошкольникам с ЗПР в условиях специализированного детского сада.

Весь этот период можно назвать вторым этапом научно-методологического осмысления проблемы задержки психического развития у детей. Его достижениями у нас в стране можно считать выработку общепринятой этиопатогенетической классификации задержки психического развития, понимание необходимости вариативной психолого-педагогической поддержки детей данной категории, накопление опыта решения организационно-методических вопросов, возникающих в процессе воспитания и обучения детей с ЗПР разного возраста.

Третий этап оказания помощи детям с задержкой психического развития мы связываем с началом 90-х гг. XX столетия. Именно в это время в научных кругах возникло целое направление работы, связанное с усиленным вниманием к проблемам ранней диагностики и коррекции отклонений в психофизическом развитии ребенка. Многочисленные исследования этих лет позволяют наконец выстроить систему коррекционно-развивающей помощи детям с ЗПР не «сверху», как мы это видели на предыдущем этапе, когда исследователи как бы «спускались» к детям-дошкольникам от проблем школьного обучения, а «снизу», когда исследователи стремятся понять закономерности гетерохронного онтогенеза ребенка, сопоставить пути развития ребенка в норме и при патологии, выявляя оптимальную стратегию и тактику запуска компенсаторных механизмов [6; 7; 10; 12; 13; 14].

### 3. ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Первоначально задержку психического развития у детей связывали в основном с минимальной мозговой дисфункцией (ММД), наличие которой у детей подтверждает органическую природу нарушений, характерных для ЗПР (А. А. Strauss, L. E. Lehtinen, 1947; М. С. Певзнер, 1960; Ю. И. Дауленскене, 1973; Л. О. Бадалян, 1975; М. Г. Рейдибойм, 1978; И. Ф. Марковская, 1977 и другие). Эти органические поражения могут быть вызваны внутриутробной гипоксией плода, асфиксией в родах, недоношенностью, заболеваниями головного мозга травматического, инфекционного и токсического характера на ранних этапах развития ребенка (А. Р. Лурия, 1956; И. Ф. Марковская, 1977; К. С. Лебединская, 1982). Сейчас доказано, что ММД — это сборная группа различных по причине, механизмам развития и клиническим проявлениям патологических состояний. На ее основе может развиваться задержка психического развития, но далеко не всегда при ЗПР регистрируются органические повреждения коры головного мозга. По данным М. Н. Фишман (1981), признаки органического поражения ЦНС были выявлены на ЭЭГ лишь у 51% детей с ЗПР.

В литературе имеются данные о связи ЗПР с первичной дисфункцией эндокринно-гуморальной системы, нарушениями метаболизма гомовалиновой кислоты, дофамина, ферментов, с вредоносным влиянием солей тяжелых металлов, содержащихся в воздухе и в некоторых пищевых продуктах. Все эти факторы нарушают биохимические основы функционирования мозга (К. С. Лебединская, 1969; З. Тржесоглава, 1986; И. Ф. Марковская, 1993).

В исследованиях Р. Н. Wender (1972), Т. Б. Глезерман (1978) описаны случаи дисграфии, дислексии у ближайших родственников детей с ЗПР, что указывает на возможности генетической обусловленности парциальных нарушений отдельных корковых функций и инфантильных черт поведения.

В отдельных работах имеются указания на культурную депривацию и неблагоприятные условия воспитания как на первопричину ЗПР у детей (В. В. Ковалев, 1973, 1995; А. Е. Личко, 1977; К. С. Лебединская, 1980; Й. Лангмейер, З. Матейчек, 1984 и другие).

В настоящее время в связи с пониманием значения периода раннего детства для здоровья и нервно-психического развития ребенка усилилось внимание к механизмам взаимодействия биологических и социальных факторов в возникновении задержки психического развития у детей. Доказано, в период новорожденности и в течение первого года жизни — первое место по силе повреждающего воздействия занимают факторы биологического генеза, а второе место — средово-психические воздействия. На втором году

жизни постепенно происходит их перекрест, а на третьем году жизни — преобладающее влияние начинают играть факторы социального генеза. Однако при оценке нервно-психического развития ребенка бывает трудно выделить действие какого-либо одного ведущего фактора. Чаще всего отмечается суммарное влияние нескольких составляющих факторов различного генеза. Это особенно значимо для детей рассматриваемой нами категории: в их анамнезах отмечаются многочисленные вредности, в то время как при олигофрении, например, мы не наблюдаем такого разнообразия неблагоприятных факторов, воздействовавших на растущий организм ребенка на протяжении всей его маленькой жизни.

Таким образом, чем моложе организм ребенка, тем более — в силу своих морфо-функциональных особенностей — он реагирует на воздействие как положительных, так и отрицательных факторов и тем более функциональная незавершенность развития нервной системы ребенка предопределяет его зависимость от социальной среды. В этом процессе тесно переплетается биологическая и социальная программа развития ребенка, на чем и базируются механизмы коррекционного воздействия, которые позволяют преодолеть имеющуюся дефицитарность и физиологическую незрелость психофизического развития ребенка.

#### **4. КЛАССИФИКАЦИИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

В клинической и психолого-педагогической литературе представлено несколько классификаций задержки психического развития у детей.

Первая клиническая классификация ЗПР была предложена в 1967 г. Т. А. Власовой и М. С. Певзнер. В рамках данной классификации рассматривались два варианта задержки психического развития. Один из них связывался с психическим и психофизическим инфантилизмом, при котором на первый план выступает отставание в развитии эмоционально-волевой сферы и личностная незрелость детей. Второй вариант связывал нарушения познавательной деятельности при ЗПР со стойкой церебральной астенией, для которой характерны нарушения внимания, отвлекаемость, быстрая утомляемость, психомоторная вялость или возбужденность.

М. С. Певзнер считала, что легкие органические изменения в ЦНС и незрелость эмоционально-волевой сферы при правильной лечебной и коррекционно-воспитательной работе должны быть обратимы. Поэтому ЗПР иногда определяли как «временную задержку психического развития». Однако, как показали данные катamnестических исследований М. Г. Рейдибойма (1971), И. А. Юр-

ковой (1971), М. И. Буянова (1986), по мере уменьшения черт эмоциональной незрелости с возрастом ребенка на первый план нередко выступают признаки интеллектуальной недостаточности, а зачастую и психопатоподобные нарушения.

Автором следующей классификации является В. В. Ковалев (1979). Он подразделял задержку психического развития на дизонтогенетический и энцефалопатический варианты. Для первого варианта характерно преобладание признаков незрелости лобных и лобно-диэнцефальных отделов головного мозга, для второго — более выражены симптомы повреждения подкорковых систем. Кроме этих двух вариантов автором выделялись смешанные резидуальные нервно-психические расстройства — дизонтогенетически-энцефалопатические.

Более поздняя классификация на основе учета этиологии и патогенеза основных форм задержки психического развития была предложена в 1980 г. К. С. Лебединской. Она вошла в литературу как этиопатогенетическая классификация. В соответствии с ней выделяются четыре основных типа задержки психического развития: 1) задержка психического развития конституционального генеза; 2) задержка психического развития соматогенного генеза; 3) задержка психического развития психогенного генеза; 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

• **Задержка психического развития конституционального генеза.** К данному типу ЗПР относят наследственно обусловленный психический, психофизический инфантилизм — гармонический либо дисгармонический. В обоих случаях у детей преобладают черты эмоционально-личностной незрелости, «детскость» поведения, живость мимики и поведенческих реакций. При первом — незрелость психики сочетается с сублильным, но гармоничным телосложением, при втором — характер поведения и личностные особенности ребенка имеют патологические свойства. Это проявляется в аффективных вспышках, эгоцентризме, склонности к демонстративному поведению, истерическим реакциям. Как указывает И. Ф. Марковская (1993), расстройства поведения при дисгармоническом инфантилизме труднее поддаются психолого-педагогической коррекции и требуют больших усилий со стороны родителей и педагогов, поэтому таким детям показана дополнительная медикаментозная терапия.

В рамках ЗПР конституционального происхождения также рассматривают наследственно обусловленную парциальную недостаточность отдельных модально-специфических функций (праксис, гнозис, зрительная и слуховая память, речь), которые лежат в основе формирования сложных межанализаторных навыков, таких, как рисование, чтение, письмо, счет и другие. Генетическая обусловленность данных нарушений подтверждается передающимися

в семьях детей с ЗПР из поколения в поколение случаями левшества, дислексии, дисграфии, акалькулии, недостаточности пространственного гнозиса и праксиса.

В плане коррекции это один из самых благоприятных типов психического развития при ЗПР.

• **Задержка психического развития соматогенного генеза.** Данный тип задержки психического развития обусловлен хроническими соматическими заболеваниями внутренних органов ребенка — сердца, почек, печени, легких, эндокринной системы и др. Часто они связаны с хроническими заболеваниями матери. Особенно негативно на развитии детей сказываются тяжелые инфекционные, неоднократно повторяющиеся заболевания в их первый год жизни. Именно они вызывают задержку в развитии двигательных и речевых функций детей, задерживают формирование навыков самообслуживания, затрудняют смену фаз игровой деятельности.

Психическое развитие этих детей тормозится в первую очередь стойкой астенией, которая резко снижает общий психический и физический тонус. На ее фоне развиваются невропатические расстройства, свойственные соматогении — неуверенность, робость, безынициативность, капризность, боязливость. Поскольку дети растут в условиях шадящего режима и гиперопеки, у них затруднено формирование позитивных личностных качеств, их круг общения сужен, недостаток сенсорного опыта сказывается на пополнении запаса представлений об окружающем мире и его явлениях. Нередко возникает вторичная инфантилизация, которая приводит к снижению работоспособности и более стойкой задержке психического развития. Учет сочетания всех этих факторов лежит в основе прогноза перспектив дальнейшего развития ребенка и в определении содержания лечебно-профилактического, коррекционно-педагогического и воспитательного воздействий на ребенка.

• **Задержка психического развития психогенного генеза.** Данный вид ЗПР связывается с неблагоприятными условиями воспитания, ограничивающими либо искажающими стимуляцию психического развития ребенка на ранних этапах его развития. Отклонения в психофизическом развитии детей при данном варианте определяются психотравмирующим воздействием среды. Его влияние может сказаться на ребенке еще в утробе матери, если женщина испытывает сильные, длительно действующие негативные переживания. ЗПР психогенного генеза может быть связана с социальным сиротством, культурной депривацией, безнадзорностью. Очень часто данный тип ЗПР возникает у детей, воспитываемых психически больными родителями, прежде всего матерью.

Нарушения познавательной деятельности у таких детей обусловлены бедным запасом их представлений об окружающем мире, низкой работоспособностью, лабильностью нервной системы, несформированностью произвольной регуляции деятельности, специфическими особенностями поведения и психики.

Нарушения поведения, фиксируемые у этих детей, сильно зависят от своеобразия ситуационных факторов, длительно влияющих на ребенка. А в зависимости от индивидуальных особенностей его психики возникают различные типы эмоционального реагирования: агрессивно-защитный, пассивно-защитный, «инфантилизированный» (Г. Е. Сухарева, 1959). Все они приводят к ранней невротизации личности. При этом у одних детей наблюдается агрессивность, непоследовательность действий, необдуманность и импульсивность поступков, у других — робость, плаксивость, недоверчивость, страхи, отсутствие творческого воображения и выраженных интересов. Если при воспитании ребенка со стороны родных преобладает гиперопека, то отмечается другой тип патохарактерологического развития личности. Эти дети не владеют навыками самообслуживания, капризны, нетерпеливы, не приучены к самостоятельному решению возникающих проблем. У них отмечается завышенная самооценка, эгоизм, отсутствие трудолюбия, неспособность к сопереживанию и самоограничению, склонность к ипохондрическим переживаниям.

Эффективность коррекционных мероприятий при данном типе ЗПР напрямую связана с возможностью перестройки неблагоприятного семейного климата и преодоления изнеживающего или отвергающего ребенка типа семейного воспитания.

• **Задержка психического развития церебрально-органического генеза.** Последний среди рассматриваемых тип задержки психического развития занимает основное место в границах данного отклонения. Он встречается у детей наиболее часто и он же вызывает у детей наиболее выраженные нарушения в их эмоционально-волевой и познавательной деятельности в целом.

По данным И. Ф. Марковской (1993), при этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциальной поврежденности ряда психических функций. Ею выделяются два основных клинико-психологических варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза.

При первом варианте преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма. Если и отмечается энцефалопатическая симптоматика, то она представлена негрубыми церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами. Высшие психические функции при этом недостаточно сформированы, истощаемы и дефицитарны в звене контроля произвольной деятельности.

При втором варианте доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций и тяжелые нейродинамические расстройства (инертность, склонность к персеверациям). Регуляция психической деятельности ребенка нарушена не только в сфере контроля, но и в области программирования познавательной деятельности. Это приводит к низкому уровню овладения всеми видами произвольной деятельности. У ребенка задерживается формирование предметно-манипулятивной, речевой, игровой, продуктивной и учебной деятельности. В ряде случаев мы можем говорить о «смещенном сензитиве» в развитии психических функций и в процессе формирования психологических новообразований возраста.

Прогноз задержки психического развития церебрально-органического генеза в значительной степени зависит от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики его развития. Как отмечает И. Ф. Марковская (1993), при преобладании общих нейродинамических расстройств прогноз достаточно благоприятен. При их сочетании с выраженной дефицитарностью отдельных корковых функций необходима массивная психолого-педагогическая коррекция, осуществляемая в условиях специализированного детского сада. Первичные стойкие и обширные расстройства программирования, контроля и инициирования произвольных видов психической деятельности требуют ограничения их от умственной отсталости и других серьезных психических расстройств.

## **5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СХОДНЫХ С НЕЙ СОСТОЯНИЙ**

Вопросами дифференциальной диагностики задержки психического развития и сходных с ней состояний занимались многие отечественные ученые (М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева, И. А. Юркова, В. И. Лубовский, С. Д. Забрамная, Е. М. Мастюкова, Г. Б. Шаумаров, О. Монкявичене, К. Новакова и другие).

На ранних этапах развития ребенка трудность представляет разграничение случаев грубого речевого недоразвития, моторной алалии, олигофрении, мутизма и задержки психического развития.

Особенно важно различать умственную отсталость и ЗПР церебрально-органического генеза, поскольку в том и другом случае у детей отмечаются недостатки познавательной деятельности в целом и выраженная дефицитарность модально-специфических фун-



кий. Остановимся на основных отличительных признаках, значимых для разграничения задержки психического развития и умственной отсталости.

1. Для нарушений познавательной деятельности при ЗПР характерны парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. При умственной отсталости отмечается тотальность и иерархичность нарушений психической деятельности ребенка. Ряд авторов используют для характеристики умственной отсталости такое определение как «диффузное, разлитое повреждение» коры головного мозга.

2. В сравнении с умственно отсталыми детьми у детей с ЗПР гораздо выше потенциальные возможности развития их познавательной деятельности, и в особенности высших форм мышления — обобщения, сравнения, анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования. Однако нужно помнить, что некоторые дети с ЗПР, как и их умственно отсталые сверстники, затрудняются в установлении причинно-следственных зависимостей и имеют несовершенные функции обобщения.

3. Для развития всех форм мыслительной деятельности детей с ЗПР характерна скачкообразность ее динамики. В то время как у умственно отсталых детей данный феномен экспериментально не выявлен.

4. В отличие от умственной отсталости, при которой страдают собственно мыслительные функции — обобщение, сравнение, анализ, синтез, — при задержке психического развития страдают предпосылки интеллектуальной деятельности. К ним относятся такие психические процессы как внимание, восприятие, сфера образов-представлений, зрительно-двигательная координация, фонематический слух и другие.

5. При обследовании детей с ЗПР в комфортных для них условиях и в процессе целенаправленного воспитания и обучения дети способны к плодотворному сотрудничеству со взрослым. Они хорошо принимают помощь взрослого и даже помощь более продвинутого сверстника. Эта поддержка еще более эффективна, если она оказывается в форме игровых заданий и ориентирована на произвольный интерес ребенка к осуществляемым видам деятельности.

6. Игровое предъявление заданий повышает продуктивность деятельности детей с ЗПР, в то время как для умственно отсталых дошкольников оно может служить поводом для произвольного соскальзывания ребенка с выполнения задания. Особенно часто это происходит, если предлагаемое задание находится на пределе возможностей умственно отсталого ребенка.

7. У детей с ЗПР имеется интерес к предметно-манипулятивной и игровой деятельности. Игровая деятельность детей с ЗПР, в

отличие от таковой у умственно отсталых дошкольников, носит более эмоциональный характер. Мотивы определяются целями деятельности, правильно выбираются способы достижения цели, но содержание игры не развернуто. В ней отсутствует собственный замысел, воображение, умение представить ситуацию в умственном плане. В отличие от нормально развивающихся дошкольников дети с ЗПР не переходят без специального обучения на уровень сюжетно-ролевой игры, а «застревают» на уровне сюжетной игры. Вместе с тем их умственно отсталые сверстники остаются на уровне предметно-игровых действий.

8. Для детей с ЗПР характерна бо́льшая яркость эмоций, которая позволяет им более длительное время сосредоточиваться на выполнении заданий, вызывающих их непосредственный интерес. При этом, чем больше ребенок заинтересован в выполнении задания, тем выше результаты его деятельности. Подобный феномен не отмечается у умственно отсталых детей. Эмоциональная сфера умственно отсталых дошкольников не развита, а чрезмерно игровое предъявление заданий (в том числе в ходе диагностического обследования), как уже упоминалось, часто отвлекает ребенка от решения самого задания и затрудняет достижение цели.

9. Большинство детей с ЗПР дошкольного возраста в различной степени владеют изобразительной деятельностью. У умственно отсталых дошкольников без специального обучения изобразительная деятельность не возникает. Такой ребенок останавливается на уровне предпосылок предметных изображений, т. е. на уровне черкания. В лучшем случае у отдельных детей отмечаются графические штампы — схематичные изображения домиков, «головоногие» изображения человека, буквы, цифры, хаотично разбросанные по плоскости листа бумаги.

10. В соматическом облике детей с ЗПР в основном отсутствует диспластичность. В то время как у умственно отсталых дошкольников она наблюдается достаточно часто.

11. В неврологическом статусе детей с ЗПР обычно не отмечается грубых органических проявлений, что типично для умственно отсталых дошкольников. Однако и у детей с задержкой можно увидеть неврологическую микросимптоматику: выраженную на висках и переносице венозную сеточку, легкую асимметрию лицевой иннервации, гипотрофию отдельных частей языка с его девиацией вправо или влево, оживление сухожильных и периостальных рефлексов.

12. Патологическая наследственная отягощенность более типична для анамнеза умственно отсталых детей и практически не отмечается у детей с задержкой психического развития.

Безусловно, это не все отличительные признаки, учитываемые при разграничении ЗПР и умственной отсталости. Не все они оди-

наковы по своей значимости. Однако знание этих вышеупомянутых признаков позволяет достаточно четко дифференцировать оба рассматриваемых состояния.

Иногда приходится дифференцировать задержку психического развития и легкую степень органической деменции. При ЗПР нет такой разлаженности деятельности, личностного распада, грубой некритичности и полного выпадения функций, которые отмечаются у детей с органической деменцией, что и является дифференциальным признаком.

Особые трудности представляет разграничение задержки психического развития и тяжелых нарушений речи коркового генеза (моторная и сенсорная алалия, ранние детские афазии). Эти трудности обусловлены тем, что при обоих состояниях имеются похожие внешние признаки и следует выделить первичный дефект — речевое ли это нарушение или интеллектуальная недостаточность. Это сложно, так как и речь, и интеллект относятся к познавательной сфере деятельности человека. Кроме того, они в своем развитии неразрывно связаны между собой. Еще в трудах Л. С. Выготского при указании на возраст 2,5—3 года говорится, что именно в этот период «речь становится осмысленной, а мышление — речевым». Поэтому, если патогенный фактор воздействует в эти сроки, он всегда затрагивает обе названные сферы познавательной деятельности ребенка. Но и на ранних стадиях развития ребенка первичное поражение может задержать или нарушить ход становления познавательной деятельности в целом.

Для дифференциальной диагностики важно знать, что ребенок с моторной алалией, в отличие от ребенка с ЗПР, отличается крайне низкой речевой активностью. При попытке вступить с ним в контакт он часто проявляет негативизм. Кроме того, нужно помнить, что при моторной алалии более всего страдают звукопроизношение и фразовая речь, а возможности усвоения норм родного языка стойко нарушены. Коммуникативные трудности у ребенка все более нарастают по мере того, как с возрастом речевая деятельность требует все большей автоматизации речевого процесса (Е. М. Мастюкова, 1997).

Сложности для диагностики представляет разграничение ЗПР и аутизма. У ребенка с ранним детским аутизмом (РДА), как правило, нарушены все формы довербального, невербального и вербального общения. От ребенка с ЗПР такой малыш отличается маловыразительной мимикой, отсутствием зрительного контакта («глаза в глаза») с собеседником, чрезмерной пугливостью и страхом новизны. Кроме того, в действиях детей с РДА наблюдается патологическое застревание на стереотипных движениях, отказ от действий с игрушками, неготовность к сотрудничеству со взрослыми и детьми.

## 6. СПЕЦИФИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Сложность и полиморфность задержки психического развития у детей обуславливают многообразие и разносторонность образовательных потребностей детей данной категории.

Безусловно, что их образовательные потребности будут в значительной степени определяться степенью недоразвития познавательной деятельности, возрастом ребенка, глубиной имеющегося нарушения, наличием отягощающих самочувствие ребенка состояний, социальными условиями его жизни и воспитания.

Рассмотрим, какие образовательно-воспитательные потребности необходимо формировать у детей младенческого, раннего, младшего дошкольного и старшего дошкольного возраста. Все они будут связаны с основными линиями развития ребенка.

Известно, что ребенок развивается гетерохронно: неравномерно идет созревание различных морфологических структур, функциональных систем. Гетерохронность определяет развитие ребенка в онтогенезе. Знание данной закономерности, открытой Л. С. Выготским, позволяет, через усиление воздействия на ребенка в сензитивные периоды его жизни, управлять нервно-психическим развитием ребенка, создавая условия для стимуляции развития или коррекции той или иной функции.

Развитие ребенка происходит не спонтанно. Оно зависит от условий, в которых протекает его жизнедеятельность. Первоначально ребенок обладает очень малым запасом поведенческих реакций. Однако достаточно быстро через свои активные действия, общение с близкими людьми, через действия с предметами, которые являются продуктами человеческого труда, он начинает усваивать «социальное наследство, человеческие способности и достижения» (Л. С. Выготский).

Движущей силой на самом раннем этапе жизни ребенка является необходимость преодоления противоречия между наличием у новорожденного витальных, жизненно важных потребностей и отсутствием способов их удовлетворения. Чтобы удовлетворять сначала врожденные, а затем и приобретаемые потребности, ребенок вынужден постоянно овладевать все новыми и новыми способами действий. Так обеспечивается основа для всего психического развития ребенка.

Что же мы видим у ребенка с нарушением темпа нервно-психического развития? Его внутренние детерминанты развития, в первую очередь унаследованные морфологические и физиологические данные, а в особенности функциональное состояние цент-

ральной нервной системы не обеспечивают его способами действий, необходимыми для удовлетворения его витальных потребностей. Как следствие задерживается формирование ориентировочных реакций, в первую очередь зрительно-слуховых и зрительно-тактильных. А на этой основе начинает резко отставать смена биологической мотивации общения социальными потребностями. Такой ребенок гораздо дольше, чем его физиологически зрелый сверстник, будет видеть в матери скорее кормилицу, чем партнера для общения. Таким образом, формирование у ребенка потребности в общении является одной из первых специальных образовательных задач.

На первом году жизни значимыми для развития ребенка являются также эмоции и социальное поведение, движение руки и действия с предметами, общие движения, подготовительные этапы развития понимания речи.

На втором году выделяются следующие основные линии развития: развитие общих движений, сенсорное развитие малыша, развитие действий с предметами и игры, формирование навыков самостоятельности, развитие понимания и активной речи ребенка.

Третий год жизни характеризуется несколькими иными основными линиями развития: общие движения, предметно-игровые действия, становление сюжетной игры, активная речь (появление распространенной фразы, придаточных предложений, большее разнообразие вопросов), предпосылки к конструктивной и изобразительной деятельности, навыки самообслуживания в еде и при одевании.

Выделение линий развития является достаточно условным. Все они тесно связаны между собой и развитие их происходит неравномерно. Однако эта неравномерность обеспечивает динамику развития ребенка. Так, например, овладение ходьбой в начале второго года жизни, с одной стороны, как бы приглушает развитие других умений, а с другой стороны, обеспечивает формирование сенсорных и познавательных способностей ребенка, способствует развитию понимания ребенком речи взрослого. Однако известно, что отставание в развитии той или иной линии связано с отставанием по другим линиям развития. Наибольшее число связей прослеживается у показателей, отражающих развитие игры и движений. Кроме того, известно, что показатели развития, отражающие становление игры, действий с предметами, понимания речи, являются стержневыми, более стабильными и реже поддаются воздействию неблагоприятных факторов среды. Меньше всего связей у показателя активной речи, так как это сложная формирующаяся функция и на ранних этапах развития она еще не может влиять на другие линии развития. Но на втором году жизни активная речь, как психологическое новообразование данного возраста, особен-

но чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов. На третьем году жизни наиболее часто отмечается задержка в развитии восприятия и активной речи.

Выявление степени отставания дает возможность уже в раннем возрасте своевременно диагностировать пограничные состояния и патологию. Незначительные отклонения, если ими пренебрегли родители и специалисты, быстро усугубляются и переходят в более выраженные и стойкие отклонения, которые труднее поддаются коррекции и компенсации.

Таким образом, можем отметить, что базовой образовательно-воспитательной потребностью раннего возраста является своевременное квалифицированное выявление отставаний в нервно-психическом развитии ребенка и их возможно полное устранение всеми доступными медико-социальными и психолого-педагогическими средствами.

В настоящее время специалисты-дефектологи, занимающиеся коррекционно-педагогической работой с детьми раннего возраста, имеющими нарушения в развитии, доказали, что ранняя и целенаправленная педагогическая работа способствует коррекции нарушений и предупреждению вторичных отклонений в развитии этих детей.

Однако в большинстве случаев практическое выявление детей с ЗПР начинается с 3 или с 5 лет или даже на начальных этапах обучения в школе.

Почему же это происходит?

Одна из основных причин — это некомпетентность родителей, которые не знакомы с закономерностями психического развития ребенка; отсутствие социальной ответственности и осведомленности у членов семьи. Эти факторы особенно значимы для детей с ЗПР. Именно родительская некомпетентность может послужить причиной запуска механизма дезадаптационных процессов у ребенка. Наряду с этим в некоторых случаях педиатры не всегда правильно ориентируют родителей, говоря о перспективах развития их малыша. Следовательно, адресная и своевременная диагностика и коррекционно-педагогическая помощь являются базовой потребностью каждого проблемного ребенка.

В тех случаях, когда ребенка уже на третьем году жизни родители определяют в дошкольное учреждение, возникает необходимость координации воспитательных усилий семьи и педагогов образовательного учреждения. Единство требований и направленность воспитания на формирование основных линий развития служат основой и для стимуляции нормального хода развития, и для коррекции имеющихся у ребенка отклонений. Однако во многих случаях родители не готовы к сотрудничеству с воспитателями и считают, что дошкольное образовательное учреждение должно решить

все вопросы по воспитанию, образованию и коррекции отклонений в развитии их ребенка без их активного участия. Поэтому объяснение родителям их роли и включение их в коррекционно-педагогический процесс является важнейшей задачей специалиста-дефектолога и других специалистов дошкольного учреждения.

В настоящее время организация коррекционной помощи детям раннего возраста с нарушениями развития и семье, воспитывающей проблемного ребенка, находится только на этапе становления.

Рассмотрим основные линии развития у детей дошкольного возраста.

Естественно, что с возрастом детей увеличивается и количество линий развития; все они тесно связаны с психическими новообразованиями и в разной степени влияют на процесс становления как отдельных функций, так и на формирование их согласованного взаимодействия.

В детской психологии обычно дошкольный возраст подразделяют на младший, средний и старший. Однако у ребенка с нарушенным темпом психического развития все основные психические новообразования возраста формируются с запаздыванием и имеют качественное своеобразие. Вследствие этого основные линии развития, значимые для ребенка с задержкой психического развития, рассматриваются в двух возрастных периодах: младший дошкольный возраст — от 3 до 5 лет и старший дошкольный возраст — от 5 до 7 лет.

У ребенка младшего дошкольного возраста выявляются следующие линии развития: развитие общих движений; развитие восприятия как ориентировочной деятельности, направленной на исследование свойств и качеств предметов; формирование сенсорных эталонов; накопление эмоциональных образов; совершенствование наглядно-действенного и развитие наглядно-образного мышления; развитие произвольной памяти; формирование представлений об окружающем; расширение понимания смысла обращенной к нему речи; овладение фонетической, лексической и грамматической сторонами речи, коммуникационной функцией речи; развитие сюжетно-ролевой игры, общения со сверстниками, конструирования, рисования; развитие самосознания.

Основные линии развития ребенка старшего дошкольного возраста: совершенствование общей моторики; развитие тонкой ручной моторики и зрительно-двигательной координации; произвольного внимания; формирование систем сенсорных эталонов; сферы образов-представлений; опосредованного запоминания; зрительной ориентировки в пространстве; воображения; эмоционального контроля; совершенствование наглядно-образного мышления; мыслительных операций словесно-логического уровня; внутренней речи; развитие связной речи; речевого общения; продуктив-

ной деятельности; элементов трудовой деятельности; норм поведения; соподчинения мотивов; воли; самостоятельности; способности дружить; познавательной активности; готовности к учебной деятельности.

Безусловно, вышеназванные линии развития неодинаковы, как по своей природе, так и по своей роли в психофизическом и социальном развитии ребенка. Каждая из них включается на разных временных этапах развития ребенка и у каждой свой психологический смысл. Какие-то из названных линий объединяются в более сложные виды деятельности, характерные для дальнейшего развития ребенка, какие-то расходятся, становясь звеньями, создающими основу для различных сложных межанализаторных процессов. Однако все они задают тон психофизическому, личностному и социальному развитию ребенка-дошкольника. Их учет важен при организации воспитательно-образовательной и коррекционно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста, как с нормально развивающимися, так и с теми, кто имеет задержку психического развития.

Знание этих линий развития позволяет более четко определить образовательные потребности ребенка с задержкой психического развития на дошкольном этапе воспитания.

Так как ЗПР имеет разную степень выраженности, не все дети, имеющие это нарушение, нуждаются в специально организованных условиях воспитания и обучения.

В более легких случаях, когда своевременно проведено грамотное обучение родителей, имеется амбулаторное и психолого-педагогическое сопровождение ребенка, налажен контакт с дошкольным учреждением, возможно воспитание ребенка в условиях общеобразовательного дошкольного учреждения. Однако и в этом случае необходимо уделить внимание специфическим образовательным потребностям ребенка.

Во-первых, мы должны учитывать, что ребенок с отклонениями в развитии не может продуктивно развиваться без специально созданной и постоянно поддерживаемой взрослым ситуации успеха. Именно для ребенка с ЗПР данная ситуация жизненно необходима. Взрослому нужно постоянно создавать педагогические условия, при которых ребенок сможет перенести усвоенные способы и навыки в новую или по-новому осмысленную ситуацию. Это замечание относится не только к предметно-практическому миру ребенка, но к формируемым навыкам межличностного взаимодействия.

Во-вторых, необходимо учитывать потребности ребенка-дошкольника с ЗПР в общении со сверстниками. Эти психологические потребности могут быть реализованы в условиях коллектива сверстников. Поэтому при работе с детьми этой категории индивиду-



альная работа должна вестись параллельно с коллективными видами деятельности.

Незрелость эмоциональной сферы дошкольника с ЗПР позволяет говорить о специфической потребности ребенка данной категории в эмоционально-нравственном воспитании, для чего должны быть разработаны специальные программы. Известно, что в настоящее время основное внимание уделяется коррекции познавательной сферы дошкольника с отклонениями развития. Однако для детей с ЗПР накопление эмоциональных образов, а в старшем дошкольном возрасте — развитие эмоционального контроля является важнейшей предпосылкой компенсации имеющихся у них отклонений. Еще Л. С. Выготский, ссылаясь на исследования А. Адлера, подчеркивал, что эмоция является одним из моментов, образующих характер, что «общие взгляды человека на жизнь, структура его характера, с одной стороны, находят отражение в определенном круге эмоциональной жизни, а с другой стороны — определяются этими эмоциональными переживаниями» [2; с. 92]. Поэтому эмоциональное развитие и воспитание детей с ЗПР должно являться основной целью деятельности психолога как в специализированном, так и в общеобразовательном дошкольном учреждении.

Образовательным потребностям детей с выраженными формами церебрально-органической ЗПР отвечает специализированное дошкольное учреждение компенсирующего или комбинированного вида. Именно в нем может быть реализована комплексная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь, а также осуществлена целенаправленная коррекционно-воспитательная работа, проводимая специалистами по индивидуально-ориентированным программам.

Таким образом, постоянная забота о совершенствовании содержания и развитии вариативных форм организации образовательно-воспитательного процесса очень важна. Она нацелена на удовлетворение насущных потребностей детей и служит коррекции имеющихся у них отклонений, закладывая основу для гармоничной социализации детей в обществе.

## **7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ДОШКОЛЬНИКАМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

В настоящее время в России существует система типов и видов государственных и муниципальных образовательных учреждений, обеспечивающая возможность выбора той или иной формы получения образования.

В соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании» в редакции федерального закона от 13.01.96 г. № 12 —ФЗ образовательным является учреждение, осуществляющее образовательный процесс, т. е. реализующее одну или несколько образовательных программ и (или) обеспечивающее содержание и воспитание обучающихся (воспитанников).

Министерством РФ утвержден перечень типов и видов образовательных учреждений (от 17.02.97 г. № 150/14—12), среди которых имеется тип — Дошкольное образовательное учреждение (ДОУ) и различные виды ДОУ, в которых осуществляется коррекционно-педагогическое воспитание:

детский сад компенсирующего вида с приоритетным осуществлением квалифицированной коррекции в физическом и психическом развитии воспитанников;

детский сад пристра и оздоровления с приоритетным осуществлением санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий и процедур;

детский сад комбинированного вида, в состав которого могут входить общеразвивающие, компенсирующие и оздоровительные группы в разном сочетании;

центр развития ребенка — детский сад с осуществлением физического и психического развития, коррекции и оздоровления всех воспитанников.

Дети с задержкой психического развития посещают в основном дошкольные образовательные учреждения компенсирующего и комбинированного вида, а также группы кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии. В этих учреждениях для детей могут создаваться группы как коррекционно-развивающей, так и консультативной или диагностической направленности. Кроме того, для них организуются дошкольные группы при школах-интернатах для детей с ЗПР и при комплексах «Детский сад - начальная школа». Амбулаторно детям с ЗПР оказывается помощь в центрах медико-психолого-педагогического сопровождения, центрах психолого-педагогической реабилитации и коррекции и в иных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

*В раннем возрасте эти дети наблюдаются врачами и психологами при детских поликлиниках или в центрах абилитации детей раннего возраста.*

Важное место в деле помощи детям с ЗПР сейчас занимает постоянно действующая психолого-медико-педагогическая консультация (ПМПК). Она решает проблемы ребенка на межведомственном уровне, объединяя усилия специалистов различных ведомств: здравоохранения, образования и социальной защиты населения. В процессе своей работы специалисты ПМПК проводят комплексное

психолого-медико-педагогическое обследование; индивидуальное и групповое консультирование детей и родителей; индивидуальные и групповые занятия, психотерапевтические и социально-психологические тренинги; тематические семинары для специалистов, работающих с детьми, имеющими проблемы в развитии. Именно они определяют вид и формы обучения проблемных детей, разрабатывают индивидуально-ориентированные программы педагогической, психологической, социальной и медицинской помощи детям.

Решением ПМПК дети с ЗПР направляются в специализированное дошкольное учреждение или группу. Основными медицинскими показаниями для приема ребенка являются:

ЗПР церебрально-органического генеза;

ЗПР по типу конституционного (гармонического) психического и психофизического инфантилизма;

ЗПР соматогенного происхождения с явлениями стойкой соматической астении и соматогенной инфантилизацией;

ЗПР психогенного происхождения (патологическое развитие личности по невротическому типу, психогенная инфантилизация);

ЗПР вследствие иных причин.

Другим показанием к приему в дошкольные учреждения является педагогическая запущенность вследствие неблагоприятных микросоциальных условий воспитания.

При равных условиях в первую очередь в названные учреждения должны направляться дети с более тяжелыми формами ЗПР — церебрально-органического генеза и прочими клиническими формами, осложненными энцефалопатической симптоматикой. В тех случаях, когда окончательный диагноз можно установить только в процессе длительного наблюдения, ребенок принимается в дошкольное учреждение условно на 6—9 месяцев. При необходимости этот срок может быть продлен ПМПК.

Противопоказаниями к приему в дошкольные учреждения и группы указанного типа является наличие у детей следующих клинических форм и состояний:

олигофрения; органическое, эпилептическое, шизофреническое слабоумие;

выраженные нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата;

выраженные нарушения речи: алалия, афазия, ринолалия, дизартрия, заикание;

шизофрения с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы;

выраженные формы психопатий и психопатоподобных состояний различной природы;

частые судорожные пароксизмы, требующие систематического наблюдения и лечения у психоневролога;

стойкий энурез и энкопрез;

хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, органов пищеварения и др. в стадии обострения и декомпенсации.

Если в период пребывания ребенка в дошкольном учреждении или в группе для детей с ЗПР выявятся вышеперечисленные нарушения, то ребенок подлежит отчислению или переводу в учреждение соответствующего профиля.

По окончании пребывания ребенка в дошкольном учреждении или группе для детей с ЗПР, с учетом уточненного диагноза и перспектив дальнейшего развития, определяемых на основании динамического наблюдения, решается вопрос о его обучении в школе. На основании решения педагогического совета ДОО оформляются документы о переводе ребенка в школу (или класс) для детей с ЗПР, в случае же компенсации отклонений — в общеобразовательную школу, а в отдельных случаях, если для этого есть показания (уточненный диагноз) — о направлении в специальную школу соответствующего типа.

На основании «Рекомендаций по приему детей с ЗПР в дошкольные учреждения и группы специального назначения», которые утверждены Министерством образования 26 ноября 1990 г., комплектуются две возрастные группы: старшая — для детей в возрасте 5—6 лет и подготовительная — для детей 6—7 лет. Однако в последние годы в России открываются группы, в которых детям оказывается помощь, начиная с раннего возраста. В таких учреждениях для детей в возрасте от 2,5 до 3,5 лет открывается младшая диагностическая группа, и далее следуют три возрастные группы — средняя, старшая и подготовительная. С учетом жизненной и производственной необходимости допускается комплектование группы детьми разных возрастов.

## **8. КОРРЕКЦИОННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Вся деятельность специального дошкольного учреждения базируется на соблюдении основополагающих принципов и подходов к вопросам изучения, воспитания и обучения детей дошкольного возраста с задержкой психического развития. Общие принципы перечислены в главе I настоящего пособия, некоторые из частных упомянуты в 6-м параграфе данной главы.

Специализированные детские сады компенсирующего вида решают комплексные социально значимые задачи, нацеленные на создание условий для интеграции ребенка с ЗПР в общество, фор-

мирование у него адекватных способов вхождения в социум и обеспечение ребенка объемом представлений, знаний, умений и навыков, необходимых для дальнейшего воспитания и обучения.

Основной целью дошкольного коррекционного воспитания является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, формирование его позитивных личностных качеств, компенсация первичных нарушений и коррекция вторичных отклонений в развитии.

В специализированном дошкольном учреждении решаются следующие блоки задач: диагностические, воспитательные, коррекционно-развивающие, оздоровительные и образовательные.

В *диагностическом блоке задач* ведущей является организация комплексного медико-психолого-педагогического изучения ребенка в целях уточнения диагноза и для разработки индивидуально-ориентированной программы развития ребенка. При этом изучение проводится как в ходе диагностического обследования, так и при динамическом наблюдении за развитием дошкольника, осуществляемом в ходе коррекционно-воспитательного процесса.

*Блок воспитательных задач* направлен на решение вопросов социализации, повышения самостоятельности и автономии ребенка и его семьи, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении дошкольника, а также воспитание у него положительных личностных качеств.

Следующим блоком задач является *коррекционный*. Содержание и организация коррекционной работы направлена, во-первых, на развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности проблемного ребенка, а во-вторых, на преодоление и предупреждение у воспитанников детского сада вторичных отклонений в развитии их познавательной сферы, поведения и личностных ориентиров. Коррекционная работа осуществляется не только на специальных — групповых и индивидуальных — занятиях. Вся система организации жизнедеятельности детей в дошкольном учреждении должна быть направлена на решение задач этого блока. Организация работы специалистов в этом блоке предполагает также обучение родителей отдельным психолого-педагогическим приемам, повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни, укрепляющим его веру в собственные возможности. Данная работа осуществляется всеми специалистами дошкольного учреждения в тесной взаимосвязи, на основе распределенной, по согласованию, профессиональной деятельности.

*Блок оздоровительных задач* определяет условия, необходимые для защиты, сохранения и укрепления здоровья каждого воспитанника дошкольного учреждения. В нем определяются задачи формирования у детей представлений о здоровом образе жизни и конкретных способах укрепления своего здоровья. В рамках данного

блока планируются все возможные воспитательные и образовательные мероприятия, направленные на обучение детей приемам и навыкам, значимым для их жизнедеятельности и здоровья как важнейшего условия жизненного благополучия. В этом же блоке осуществляется также весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для детей с ЗПР.

**Блок образовательных задач** направлен на обучение детей способам усвоения общественного опыта, развитие их познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода. Важной задачей образовательного блока является подготовка детей к школьному обучению, которая должна вестись с учетом индивидуальных особенностей и возможностей каждого ребенка.

Все задачи этих блоков решаются на занятиях у специалистов дошкольного учреждения.

**Воспитатель** специализированного дошкольного учреждения проводит следующие виды групповых и подгрупповых занятий:

- уроки здоровья;
- лепка;
- аппликация;
- рисование;
- конструирование;
- ручной труд;
- физическое воспитание;
- трудовое воспитание;
- обучение игре;
- социальное развитие и ознакомление с окружающим миром.

**Учитель-дефектолог** проводит следующие занятия:

- социальное развитие;
- познавательное развитие;
- ознакомление с окружающим миром;
- обучение игре;
- математика;
- развитие речи;
- развитие тонкой ручной моторики;
- подготовка к обучению грамоте.

Учитель-дефектолог ежедневно проводит подгрупповые и индивидуальные занятия с детьми своей группы по указанным выше видам деятельности. При этом каждый ребенок должен посетить не менее трех индивидуальных занятий в неделю у учителя-дефектолога.

Задачи обучения в ходе всех вышеперечисленных видов занятий существенно изменяются в разных возрастных группах. Так, например, обучение игре на первом году пребывания ребенка в диагностической группе (возраст от 3 до 4 лет) проводится в целях формирования у него предметно-игровых действий; для ребенка в

возрасте от 4 до 5 лет эти занятия направлены на формирование сюжетной игры; от 5 до 6 лет идет формирование сюжетно-ролевой игры, а в подготовительной группе (с детьми от 6 до 7 лет) в процессе занятий по обучению игре у детей формируются воображение и основы творческого мышления. При этом игра трансформируется в театрализованные виды деятельности.

Отдельные занятия (из тех, что перечислены) вводятся в процесс воспитания не сразу, а по ходу взросления ребенка, с учетом психологических новообразований возраста и психических процессов, складывающихся в рамках ведущей деятельности и служащих предпосылками для формирования нового типа ведущей деятельности. Естественно, что для старшего дошкольника этим новым типом является учебная деятельность.

Все вышеперечисленные виды занятий тесно связаны с такими направлениями деятельности детей в дошкольном учреждении, как:

- 1) общение и коммуникативное взаимодействие,
- 2) физическое воспитание,
- 3) развитие тонкой ручной моторики и зрительно-пространственной координации,
- 4) сенсорное развитие,
- 5) музыкальное воспитание,
- 6) предметная деятельность и игра,
- 7) познавательное развитие,
- 8) социальное воспитание,
- 9) развитие продуктивной деятельности,
- 10) подготовка к школьному обучению.

Коррекционно-педагогическая работа в рамках указанных направлений тесным образом связана с основными линиями развития детей-дошкольников, имеющих ЗПР.

В младенческом возрасте ее содержание направлено на развитие у ребенка эмоционально-положительных реакций, на формирование предпосылок к ситуативно-деловому общению со взрослым, развитие дифференцированного восприятия окружающего, нормализацию нервно-мышечного тонуса и формирование умения перераспределять пальчики рук в зависимости от формы, объема и величины предметов, развитие действий с предметами, общих движений и развитие предпосылок понимания речи взрослого. В этот же период с детьми проводится дыхательная гимнастика, направленная на тренировку ритмичности движений и дыхания, на увеличение объема, силы и длительности выдоха. Для активизации функционирования органов артикуляции проводится дифференцированный массаж лицевых и жевательных мышц. Предпосылки активной речи развиваются в процессе вызывания слогов лепета (совместно и по подражанию), через развитие подражания разным интонациям голоса взрослого. В ходе кормления нормализует-

ся положение губ и языка при питье из чашки и еде из ложки, ребенка учат самостоятельно пить, придерживая руками чашку, и держать в руке ложку или корочку хлеба [12]. Постепенно формируются навыки самообслуживания.

В раннем возрасте содержание коррекционно-педагогической работы обогащается. Круг общения ребенка расширяется, расширяются и средства этого общения. Занятия с ребенком на данном этапе носят интегративный характер. Они непродолжительны по времени (не более 15—20 минут) и носят игровую направленность. Сенсорное воспитание направлено на стимуляцию ориентировочной деятельности и развитие мотивации на целенаправленное манипулирование с предметами. При этом сначала формируется навык идентификации предмета — без анализа его признаков и свойств — из группы однородных предметов, дифференцируется умение соотносить предмет и его изображение на картинке. Знакомство с признаками предметов осуществляется в три этапа. Сначала формируется умение устанавливать сходство предметов по заданному качеству или признаку («Дай такой же»), затем детей учат находить предмет по называемому взрослым признаку — сначала одному, затем двум («Принеси большой красный мяч»). И лишь потом ребенку предлагают назвать предмет с его основными характеристиками («Что ты принес? Какой он (предмет)?»). Практическая ориентировка в свойствах предмета закрепляется в ходе выполнения заданий: ребенок заполняет вкладышами заданные формы, подбирает одноцветные ленточки, складывает из частей грибок, 3-оставную пирамидку, заполняет «доски Сегена», «коробки форм».

Развитие пространственных ориентировок начинается с ориентирования ребенка в частях собственного тела. Дети выделяют основные части тела (голова, туловище, руки, ноги), показывают их у себя, на кукле, на плоскостных изображениях животных. Ребенку необходимо видеть себя в зеркале. А взрослому надо помочь ребенку закрепить свои наблюдения в речи.

Ребенок четвертого года жизни должен научиться выделять группу предметов, дифференцировать понятия «один» и «много», группировать предметы по заданному признаку: «Тут все большие, а здесь все маленькие». Даже маленький ребенок с ЗПР способен определить, какая из песенок веселая, а какая — грустная. Выполнение простейших ритмических комплексов развивает музыкальное восприятие детей и обогащает их сенсорную культуру.

Ранний возраст — начало развития продуктивной деятельности ребенка. Он знакомится с карандашами и красками. Учится рисовать точки, дорожки, клубочки, линии, выполняет примитивные рисунки. Важно помочь увидеть маленькому рисовальщику в каракулях узнаваемый предмет (клубок, дорожку), наделить его именем и смыслом.



Содержание социального воспитания строится на связях ребенка с близкими ему людьми. Ребенок должен научиться узнавать себя и своих родных на фотографиях, понимать эмоционально значимые жесты и мимику, передавать свое эмоциональное состояние через улыбку, гримасу, иные мимические движения. Именно в данном возрасте начинается взаимодействие ребенка со сверстниками, поэтому очень важно научить детей считаться с интересами друг друга, играть рядом друг с другом, пользоваться одной игрушкой на двоих, радоваться друг за друга.

Воспитание и обучение ребенка дошкольного возраста продолжает развиваться по отмеченным выше направлениям. Но к ним добавляются новые. Совершенствуется восприятие детей, развивается наглядно-действенное мышление и начинает формироваться наглядно-образное мышление. Под руководством взрослого ребенок овладевает новым способом ориентировки — зрительным примерением.

Расширяются представления детей об окружающей действительности. Ребенок должен знать свое имя, фамилию, называть улицу, город, в котором он живет. Формируются понятия слов: *семья, возраст, родители*. Ближайшее окружение расширяется до границ детского сада, улицы, расположенных на ней зданий, магазинов. Начинают формироваться представления о временах года, об их признаках и о сезонных изменениях в природе. В жизнь детей интенсивно входит животный и растительный мир.

Социальное воспитание дает детям с ЗПР первоначальные представления о связях людей друг с другом — люди дружат, разговаривают по телефону, пишут друг другу письма, шлют телеграммы.

В старшей группе специализированного детского сада вводятся занятия по разделу «Здоровье». Детей знакомят с режимом дня, обучают элементарным навыкам ухода за своим телом, в том числе и приемам самомассажа для профилактики простудных заболеваний. Проводят закаливающие и оздоровительные процедуры.

В этот период происходит расширение понимания смысла обращенной к ребенку речи; он активно овладевает фонетической, лексической и грамматической сторонами речи.

И главное — возраст 5—6 лет становится эрой развития сюжетно-ролевой игры ребенка. Именно в игре ребенок усваивает социальные нормы и отношения. Под руководством взрослого он овладевает оперативной стороной игровых действий, а в их недрах закладываются мотивы познавательной деятельности ребенка, развитие которой придется на старший дошкольный — младший школьный возраст.

В подготовительной группе детского сада происходит дальнейшее расширение представлений ребенка об окружающем, последовательное совершенствование его знаний и навыков. Особое вни-

мание уделяется подготовке детей с ЗПР к школе. На занятиях по родному языку у дошкольников развивается фонематический слух, закрепляются умения понимать прочитанный текст, говорить правильным литературным языком. В пределах их возможностей детей учат использовать интонацию как средство выражения вопроса, просьбы, приказа. Они обучаются правильному согласованию числительных с существительным (*один стул, два стула*), прилагательных с существительным (*желтый лимон, желтая груша*). Особое внимание уделяется пониманию значения предлогов и их употреблению в речи (*на столе, под стулом, около ног, по полу, вокруг площадки*). Задания на развитие ориентировки на плоскости бумаги, различных видов графомоторной деятельности подготавливают руку ребенка к систематической работе и являются предпосылками к становлению у него целенаправленного самоконтроля и самоорганизации.

На занятиях по ознакомлению с окружающим миром формируются представления о явлениях живой и неживой природы. У детей развивается наблюдательность и умение видеть закономерности в природе. Рассказывается о значении тепла, света и воды для развития и роста растений. Формируются общие представления о характерных особенностях животных, дети знакомятся с дикими и домашними животными, закрепляют свои представления о них в различных видах продуктивной деятельности — лепке, рисовании, аппликации.

Развитие элементарных математических представлений у детей с ЗПР охватывает следующие области: количество и счет, величина, геометрические фигуры, ориентировка в пространстве, ориентировка во времени. Уточняются понятия: *один, много, больше, меньше, столько же, одинаково, больше на, меньше на, поровну*. Дети знакомятся с количеством, числом и цифрами в пределах 10, присчитывают и отсчитывают по одному, выполняют простейшие арифметические действия. К концу обучения дети должны научиться сравнивать предметы по величине и располагать их в убывающем и возрастающем порядке; различать круг, овал, треугольник, четырехугольник (квадрат), сравнивать и группировать геометрические фигуры по форме, величине и цвету, находить эти признаки в предметах окружающего мира, сравнивать их способом наложения и приложения. Дети с ЗПР могут научиться определять местоположение различных предметов в пространстве (по отношению к себе) и на плоскости (на листе бумаги), определять время по часам, называть последовательность дней недели и месяцев в году.

Остальные виды занятий в специализированном дошкольном учреждении подробно рассмотрены в программных документах и в методических разработках по воспитанию и обучению дошкольников с ЗПР [3; 4; 9; 10; 11; 13; 15].

## 9. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ

Родители играют исключительную роль в жизни ребенка, и на них ложится основная ответственность за его развитие. Необходимым звеном всей системы коррекционно-педагогической работы должно стать активное участие в ней семьи, поэтому задача специалистов обучить родителей способам и приемам проведения коррекционных занятий с ребенком, помочь им выбрать оптимальное направление работы и познакомить их с ее содержанием.

Общеизвестно, что формирование высшей психической деятельности ребенка происходит в ходе его «культурно-исторического развития» (Л. С. Выготский, 1983). В большой мере особенности социального развития ребенка определяет первый и важнейший социально-педагогический институт — семья. Именно в семье определяется социальная ситуация развития и формируется зона ближайшего развития ребенка. Она складывается через систему отношений ребенка с близкими, особенности общения, способы и формы совместной деятельности, семейные ценности и ориентиры. Этим и определяется необходимость привлечения родителей к участию в коррекционно-развивающей работе.

Полная реализация целей коррекции достигается лишь через изменение жизненных отношений ребенка с отклонениями в развитии к себе и миру, что требует от взрослых, как активных «строителей» этих отношений, целенаправленных и осознанных усилий. Наука и практика показывают, что достижение коррекционного эффекта в системе специальных занятий в дошкольном учреждении само по себе не гарантирует переноса позитивных сдвигов в реальную жизнедеятельность ребенка. Необходимым условием закрепления достигнутого является активное взаимодействие педагогов с близкими ребенку взрослыми, позиции которых в отношении к ребенку должны быть скорректированы, а сами они обучены адекватным способам коммуникации и осведомлены о возможностях развития ребенка и о способах их активизации.

В работе с родителями применяются как групповые, так и индивидуальные формы работы. Не стоит пренебрегать таким широко известным видом взаимодействия, как ежемесячные родительские собрания. Эффективность их проведения напрямую зависит от уровня их подготовки, а также от важности и актуальности предлагаемой для обсуждения темы. Привлечение в качестве выступающих врачей, дефектологов, социальных работников, ученых и практиков повышает их значимость для родителей, а систематичность проведения вырабатывает у родителей привычку их посещать. Место и время проведения собрания должно быть четко оговорено, например, последняя пятница каждого месяца. А тематика собраний, согласованная со всеми специалистами дошкольного учреж-

дения, должна быть вывешена на стенде, посвященной работе с родителями.

Собрания для родителей дошкольников всех возрастных групп целесообразно проводить 2—3 раза в год, обычно же собрания проводятся по возрастным параллелям: для родителей детей раннего возраста, для родителей, воспитывающих младших дошкольников, для родителей старших дошкольников. Кроме того, в начале учебного года рекомендуется проводить собрание для родителей вновь поступивших детей, на котором их знакомят с общей организацией коррекционно-педагогической работы в дошкольном учреждении, с ролью родителей в воспитании ребенка с отклонениями в развитии, с приемами активизации познавательной деятельности детей в их повседневном общении с родителями.

Каждое родительское собрание необходимо завершать подведением его итогов и конкретными рекомендациями, которые понятны всем присутствующим, несмотря на разный уровень их родительской подготовки, и реально ими выполнимы.

Для родителей детей раннего возраста могут быть предложены следующие темы собраний:

1. Закономерности психической жизни детей первого, второго и третьего года жизни и их влияние на последующее развитие ребенка.

2. Причины отклонений в психофизическом развитии ребенка. Возможности их компенсации средствами семейного воспитания.

3. Культура быта и ее значение для психофизического развития ребенка.

4. Игрушка как средство психического развития ребенка.

5. Эмоциональное общение и его роль в нервно-психическом развитии ребенка.

6. Развитие предметной деятельности у детей раннего возраста.

7. Развитие движений у детей раннего возраста.

8. Воспитание познавательной активности у детей раннего возраста в процессе действий с предметами.

9. Развитие речи у детей раннего возраста. Роль взрослых в активизации речевого общения ребенка.

10. Что и как читать маленькому ребенку.

11. Ребенок и музыка.

12. Маленький художник.

Для родителей, чьи дети находятся на следующем возрастном этапе, можно предложить такие темы собраний:

1. Особенности психофизического развития ребенка младшего дошкольного возраста.

2. Сюжетная игра у детей. Партнеры и оборудование для детских сюжетных игр.

3. Свойства и качества предметов, окружающих детей в повседневной жизни. Роль родителей и других членов семьи в расширении представлений детей о свойствах и качествах предметов.

4. Развитие памяти у детей. Как учить детей запоминать зрительную и слуховую информацию.

5. Критические периоды в развитии речи ребенка. Роль родителей в профилактике отклонений в речевом развитии ребенка.

6. Оборудование детского уголка или детской комнаты в домашних условиях.

7. Прогулки с детьми как средство общения и развития их представлений об окружающем мире.

8. Роль закаливающих мероприятий в воспитании ребенка. Меры профилактики простудных заболеваний.

9. Проблема левшества у детей.

10. Агрессивное поведение у детей. Его коррекция средствами семейного воспитания.

11. Личностное развитие ребенка-дошкольника. Роль семьи в воспитании нравственного поведения, этических норм и личностных качеств.

12. Изобразительное искусство и его роль в коррекции отклонений в развитии ребенка.

Для родителей ребенка-дошкольника старшего возраста можно предложить следующие темы родительских собраний:

1. Психофизические особенности ребенка старшего дошкольного возраста.

2. Сюжетно-ролевая игра ребенка-дошкольника. Возможности и место участия в ней родителей и членов семьи.

3. Развитие слухового восприятия ребенка на прогулках и в процессе овладения звуковой культурой речи.

4. Развивающие игры и их место в семейном досуге.

5. Возможности развития детского воображения в повседневных видах детской деятельности.

6. Профилактика детских неврозов.

7. Отклонения в поведении детей и возможности их коррекции посредством воспитательных воздействий со стороны членов семьи.

8. Друзья наших детей. Помощь родителей в приобретении ребенком друзей и подружек.

9. Домашний театр как средство организации семейного досуга.

10. Нравственность и безнравственность. Как помочь ребенку находить грани между «белым» и «черным».

11. Обязанности ребенка-дошкольника по дому.

12. Подготовка ребенка к школе.

На родительских собраниях целесообразно демонстрировать фрагменты видеозаписи проводившихся с детьми занятий, сопровождая их комментариями специалистов, приводить конкретные

примеры из жизни детей группы. При этом нужно помнить, что сотрудник дошкольного учреждения может похвалить того или иного ребенка, но отрицательный факт сообщается всегда без указания фамилии ребенка и реальных участников события.

Существенную помощь родителям могут оказать индивидуальные консультации.

Индивидуальное консультирование предполагает:

совместное обсуждение с родителями хода и результатов коррекционной работы;

анализ причин незначительного продвижения в развитии отдельных сторон психической деятельности ребенка и совместная выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в его развитии;

индивидуальное проведение практикумов по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми (главным образом это различные виды продуктивной деятельности, артикуляционная гимнастика, психогимнастика, развивающие игры и задания).

Важным условием работы с родителями, дети которых имеют задержку психического развития, является формирование у них адекватной оценки психического состояния своих детей в плане готовности к школьному обучению. Индивидуальная работа на этом этапе носит консультативно-рекомендательный характер с ориентацией на форму обучения, соответствующую уровню развития ребенка.

Хорошо зарекомендовали себя такие активные формы работы с родителями, как: семинары-практикумы; тематические консультации; психологические тренинги; «Школа молодого родителя» и другие.

Семинары-практикумы, как правило, посвящаются какой-то одной проблеме. Свободная форма их проведения предполагает, однако, активное участие в них родителей, которых интересует вынесенный на обсуждение вопрос.

Тематические консультации обычно затрагивают вопросы коррекционных технологий, которые могут быть использованы родителями в домашней обстановке. В ходе таких консультаций обсуждаются, например, конкретные приемы развития внимания детей, способы сравнения предметов, приемы развития наглядно-действенного и наглядно-образного мышления детей. Родителей знакомят с правилами активного слушания, с возможностями развития пространственных представлений детей во время прогулок, им рассказывают о том, как направить всю семейную жизнь на активизацию познавательной деятельности детей.

Родительские тренинги предназначены для наиболее подготовленных родителей, для тех из них, кто понимает, что помочь ребенку можно только в том случае, если меняешься сам. Эти тренинги должен проводить только квалифицированный психолог,

они могут иметь форму контакт-группы, группы психодрамы, арт-терапии, тренинга личностного роста и т. д.

«Школа молодого родителя» сочетает в себе все вышеназванные аспекты и в целом направлена на повышение родительской компетентности и социально-педагогической грамотности членов семей, дети из которых посещают специализированное дошкольное учреждение.

При всем разнообразии форм проведения этой работы с родителями главными остаются следующие принципы: систематичность проведения мероприятий; целевое их планирование; при определении тематики учет родительских запросов; ориентированность на конечную цель; учет родительских социально-психологических установок и их коррекция в ходе взаимодействия; наличие конкретного исполнителя (специалиста), ответственного за проведение мероприятий.

## 10. ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ

Интеграционная теория говорит о том, что воспитание и обучение — это не только усвоение полезных общечеловеческих знаний, но и социальный процесс, который основывается на принятии ребенка с ограниченными возможностями обществом и на принятии общества, с его системой социальных ориентиров и ценностей, ребенком.

Интегрированное воспитание и обучение детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии стало значимой проблемой педагогической науки и практики у нас в стране в последнее десятилетие. Этот процесс изначально был инициирован родителями проблемных детей. С их точки зрения, все дети, без исключения, могут обучаться в ситуации общеобразовательного учреждения, где для них должны быть созданы специальные условия, удовлетворяющие их витальным и образовательным потребностям.

С точки зрения педагогической науки, процесс интеграции позитивен еще и потому, что он ориентирует профессионалов на смещение акцентов в коррекционно-педагогической работе с детьми. Объектом педагогического воздействия становится личность ребенка, а не имеющееся у него нарушение.

На практике мы наблюдаем неоднозначную картину. В силу распространенности задержки психического развития у детей и слабости ранней диагностики большая часть из них находится в ситуации спонтанной интеграции. Она выражается в физическом присутствии ребенка в группе нормально развивающихся сверстников, когда ни ребенок, ни педагог не получают никакой профессиональной поддержки. В таком положении становится невозмож-

ной не только коррекционная работа, но и весь воспитательный процесс в целом.

Многолетние наблюдения и исследования проблем, связанных с коррекционной поддержкой детей-дошкольников с пограничными формами отклонения в условиях общеобразовательных учреждений, позволяют сформулировать некоторые суждения об особенностях интеграционного процесса.

Первое и основное — для успешной интеграции ребенка в общество необходимо отладить механизм раннего выявления имеющихся у детей отклонений. Только выявляя проблемы ребенка и имеющийся у него потенциал развития, можно определить пути его психолого-педагогической и медико-социальной поддержки.

Второе — это наличие возможности решать проблемы ребенка вариативными способами. Обе системы — и дифференцированного, и интегрированного обучения — имеют право на равноправное существование, как и ряд переходных и промежуточных форм.

Третье — предпочтение того или иного вида обучения должно базироваться на сознательном выборе конкретного учреждения, учитывающем образовательную концепцию учреждения, квалификацию персонала, материальные условия и качество работы учреждения.

Внедряя интегрированные модели в практику работы дошкольных учреждений, нужно помнить, что наличие проблемных детей в группе смещает акценты с развития познавательной деятельности на личностное развитие ребенка. Воспитатели и педагоги, работающие в такой группе, должны быть готовы к тому, что им будет нужно формировать личностно значимые навыки как у проблемного ребенка, так и у его нормально развивающихся сверстников. К таким навыкам могут быть отнесены: способности ребенка воспринимать и оценивать себя как личность, умение осознавать и выражать собственные чувства и желания, навыки сотрудничества, умение принимать конструктивные решения, сопереживать и сорадоваться, испытывать чувство общности с группой, соблюдать правила бесконфликтного поведения и воспитывать умение идти на компромисс.

При этом количество детей не может превышать 10 в младшей группе и 15 в старшей и подготовительной группе. В такой группе наряду с воспитателями должны работать педагог-дефектолог, учитель-логопед и детский психолог.

Но главное состоит в том, что весь педагогический коллектив должен владеть методами коррекционно-педагогического воздействия и психологического центрирования на ребенке. Только при таком подходе ребенок будет ощущать себя значимым субъектом, который способен развивать и реализовывать свои способности и возможности.



В интеграционном процессе хорошо зарекомендовали себя дошкольные учреждения комбинированного типа. В них имеются как профильные дошкольные группы — диагностические, коррекционные, — так и смешанные, в которых воспитываются и дети с различными отклонениями в развитии, в том числе и дошкольники с ЗПР. Поскольку детей с этим отклонением относительно много в детской популяции, такие группы легко комплектуются. Но детей с задержкой развития в них должно быть не более четверти от состава группы. Их присутствие в группе активизирует всю коррекционно-развивающую работу в целом. А для детей с ЗПР значимым оказывается пример сверстников, который для них при правильно организованной педагогической работе является ориентиром и эталоном для подражания.

Родственники детей, посещающих интегрированную группу, являются полноправными членами педагогического коллектива и принимают на себя всю полноту ответственности за успешность коррекционно-педагогического воспитания.

Теория и практика интегрированных дошкольных групп и учреждений для детей с ЗПР нуждается в дальнейшей разработке как в психолого-педагогическом, так и в организационно-методическом аспекте.

### **Вопросы и практические задания**

1. Дайте психолого-педагогическое определение задержки психического развития (ЗПР).

2. Раскройте структурно-функциональную модель возникновения и развития ЗПР у детей.

3. Назовите основные этапы развития помощи детям с задержкой психического развития.

4. Раскройте этиопатогенетическую классификацию задержки психического развития К. С. Лебединской.

5. Обоснуйте взаимосвязь биологических и социальных факторов в возникновении ЗПР.

6. Назовите основные признаки, значимые для дифференциальной диагностики задержки психического развития и умственной отсталости у детей-дошкольников.

7. Назовите основные линии развития ребенка раннего возраста.

8. Назовите показания для зачисления ребенка в специальную группу для детей с ЗПР.

9. Перечислите противопоказания для зачисления ребенка в группу для детей с ЗПР.

10. Назовите и охарактеризуйте занятия, которые проводятся воспитателем специализированного дошкольного учреждения для детей с ЗПР.

11. Охарактеризуйте виды деятельности педагога-дефектолога в группе дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида.

12. Раскройте содержание групповых и индивидуальных форм работы с родителями детей-дошкольников с ЗПР.

13. Обоснуйте необходимость сочетания интегрированной и дифференцированной моделей воспитания и обучения дошкольников с ЗПР.

### Литература

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К. С. Лебединской. — М., 1982.
2. *Выготский Л. С.* Лекции по психологии. — СПб., 1999.
3. Готовимся к школе. Программно-методическое оснащение коррекционно-развивающего воспитания и обучения дошкольников с ЗПР. — М., 1998.
4. *Екжанова Е. А.* Формирование изобразительной деятельности у детей с ЗПР шестилетнего возраста // Дефектология. — 1989. — № 4.
5. *Екжанова Е. А.* Диагностико-прогностический скрининг на начальных этапах обучения. — М., 2000.
6. Концепция специального обучения и воспитания детей с нарушениями умственного и физического развития // Дефектология. — 1998. — № 2.
7. *Лубовский В. И.* Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология. — 1994. — № 1.
8. *Марковская И. Ф.* Задержка психического развития у детей. Клиническая и нейро-психологическая диагностика. — М., 1993.
9. *Марковская И. Ф., Екжанова Е. А.* Развитие тонкой ручной моторики у детей с ЗПР // Дефектология. — 1988. — № 4.
10. *Мастюкова Е. М.* Лечебная педагогика. — М., 1997.
11. Организация обучения и воспитания детей с задержкой психического развития. Сборник документов, регламентирующих работу по обучению и воспитанию детей с ЗПР дошкольного и школьного возраста. — М., 1993.
12. *Разенкова Ю. А.* Пути коррекционной работы с детьми первого года жизни в условиях Дома ребенка // Дефектология. — 1998. — № 2.
13. *Слепович Е. С.* Игровая деятельность дошкольников с ЗПР. — М., 1990.
14. *Стрекалова Т. А.* Особенности наглядно-образного мышления старших дошкольников с ЗПР // Дефектология. — 1987. — № 1.
15. Типовая программа коррекционного обучения детей с задержкой психического развития в подготовительной группе детского сада. — М., 1989.
16. *Ульенкова У. В.* Шестилетние дети с задержкой психического развития. — М., 1990.

## Глава 5. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

### 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Нарушения слуха в той или иной степени встречаются достаточно часто и у взрослых, и у детей разного возраста. Часто эти нарушения носят временный характер, например, при воспалении среднего уха (отитах), простудах, образовании серных пробок, при аномальном строении наружного и среднего уха (отсутствие или недоразвитие ушных раковин, заращение слуховых проходов, дефекты барабанной перепонки, слуховых косточек и др.), при экссудативных отитах. Такого рода нарушения слуха называются *кондуктивными*. Современная медицина (в том числе и отечественная) имеет в своем распоряжении разнообразные средства их устранения, как методами консервативного лечения, так и с помощью оперативного вмешательства. Как правило, в результате лечения, иногда длительного, слух восстанавливается.

Другую группу нарушений слуха составляют так называемые стойкие нарушения, связанные с поражением внутреннего уха — *сенсоневральная тугоухость и глухота*. При этих нарушениях современная медицина восстановить нормальный слух не в силах. Речь может идти лишь о поддерживающей терапии, определенных профилактических мероприятиях, слухопротезировании (подборе индивидуальных слуховых аппаратов) и длительной систематической педагогической коррекции. К сенсоневральной тугоухости и глухоте может присоединяться и кондуктивный компонент, например, нарушения в среднем ухе. Такое поражение слуха называется *смешанным*, т. е. отмечается как необратимое сенсоневральное поражение внутреннего уха, так и, как правило, обратимое нарушение в наружном или среднем ухе.

Стойкое необратимое снижение слуха может быть вызвано разными причинами. Так к факторам риска тугоухости и глухоты относятся:

- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз),
- токсикозы беременности,
- асфиксия новорожденного,

внутричерепная родовая травма,  
гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л),  
резус-конфликт,  
гемолитическая болезнь новорожденного,  
масса тела при рождении менее 1500 г,  
недоношенность,  
переношенность (гестационный возраст более 40 недель),  
применение препаратов с ототоксическим действием (антибиотиков аминогликозидного ряда — стрептомицина, мономицина, канамицина, гентамицина, амикацина и др., фуросемида, аспирина, хинина), назначаемых ребенку или матери во время беременности,

наследственные заболевания у матери (в семье), сопровождающиеся поражением слухового анализатора,  
детские инфекции (паратиф, скарлатина, корь и др.),  
эпидемический менингит,  
грипп,  
острые и хронические средние отиты,  
черепно-мозговая травма.

Даже незначительное, казалось бы, снижение слуха, наступившее в раннем детстве, отрицательно сказывается на формировании речи ребенка. При тяжелой тугоухости и глухоте без специального обучения ребенок вообще не овладевает речью. Это происходит потому, что он не слышит своего голоса, не слышит речи окружающих и, следовательно, не может ей подражать. Резкое недоразвитие речи или ее отсутствие затрудняют контакты неслышащего ребенка с окружающим миром, нарушают процесс формирования познавательной деятельности и в целом — его личности.

**К категории детей с нарушениями слуха** относятся дети, имеющие *стойкое* (т. е. необратимое, так как слух восстановить нельзя) *двустороннее* (на оба уха) нарушение слуховой функции, при котором обычное (на слух) речевое общение с окружающими затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота). Эта категория детей представляет собой разнородную группу.

*По состоянию слуха* различают детей слабослышащих (страдающих тугоухостью) и глухих.

Тугоухость — стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может быть выражена в различной степени — от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. Детей с тугоухостью называют слабослышащими детьми.

Глухота — наиболее резкая степень поражения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Глухие дети — это дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, приобретенным в раннем детстве или врожденным.

Внутри каждой из этих групп возможно различное понижение слуха. Наиболее выражены эти различия при тугоухости. Так один слабослышащий ребенок может слышать речь разговорной громкости на расстоянии 4—6 метров и более и испытывать затруднения при восприятии шепота, который он может слышать, например, только ушной раковиной. Другой слабослышащий ребенок с трудом воспринимает хорошо знакомые слова, произнесенные голосом разговорной громкости у самого уха.

Существуют различные классификации степени понижения слуха. В нашей стране наиболее распространенными являются аудиолого-педагогическая классификация Л. В. Неймана, широко используемая в образовательных учреждениях, и международная классификация, которая используется в медицинских учреждениях.

По классификации Л. В. Неймана [12], слабослышащие дети, в зависимости от величины средней потери слуха в области от 500 до 4000 герц (на 4 речевых частотах), могут быть отнесены к одной из следующих степеней тугоухости<sup>1</sup>:

Степень глухости	Средняя потеря слуха в дБ (500-4000 Гц)	Условия разборчивого восприятия речи
I степень	Не превышает 50 дБ	Речь разговорной громкости — на расстоянии не менее 1 м, шепот — ушной раковиной и далее
II степень	От 50 до 70 дБ	Речь разговорной громкости — на расстоянии 0,5—1 м, шепот — нет
III степень	Более 70 дБ	Речь разговорной громкости — ушной раковиной и до 0,5 м, шепот — нет

В России условной границей между тугоухостью и глухотой принято считать 85 дБ (как среднее арифметическое значение показателей на трех речевых частотах: 500, 1000 и 2000 Гц).

<sup>1</sup> По классификации Л. В. Неймана, глухие дети, в зависимости от объема воспринимаемых частот, относятся к одной из четырех групп: 1-я — дети воспринимают тоны аудиометра в диапазоне 125—250 Гц, 2-я — 125—500 Гц, 3-я — 125—1000 Гц, 4-я — 125—2000 Гц и выше.

Согласно *международной классификации* (см. Wilson J., Scand. Audiology, 1988. Suppl. 28, p. 33—58) выделяют 4 степени тугоухости и глухоту, в зависимости от средней потери слуха в диапазоне трех речевых частот (500, 1000 и 2000 Гц):

Степень тугоухости	Потеря слуха (500—2000 Гц) в дБ
I	26—40
II	41—55
III	56—70
IV	71—90
глухота	более 90

*По времени наступления снижения слуха* дети делятся на две группы:

ранооглохшие дети, т. е. те, которые потеряли слух на первом—втором году жизни или родились неслышащими;

позднооглохшие дети, т. е. те, которые потеряли слух в 3—4 года и позже и сохранили речь в связи с относительно поздним возникновением глухоты; сам термин «позднооглохшие дети», хотя и является общепринятым, носит условный характер, так как данную группу детей характеризует не время наступления глухоты, а факт наличия речи при отсутствии слуха.

Позднооглохшие дети, в связи со своим своеобразием, составляют особую категорию детей со сниженным слухом.

*По наличию или отсутствию дополнительных отклонений в развитии* детей с нарушенным слухом можно отнести к одной из следующих групп:

дети, не имеющие дополнительных отклонений в развитии;

дети, имеющие дополнительные отклонения в развитии (одно или в сочетании): нарушение интеллекта, зрения, опорно-двигательного аппарата, эмоционально-волевой сферы.

Как уже отмечалось, дефект слуха в первую очередь отрицательно влияет на формирование той психической функции, которая в наибольшей степени зависит от состояния слухового анализатора — на формирование речи.

Врожденная тугоухость, а также тугоухость, возникшая в доречевом периоде или в начальном периоде формирования речи, приводит к нарушению нормального речевого развития ребенка.

Глухота, врожденная или приобретенная в доречевом периоде, лишает ребенка возможности овладеть речью без специальных приемов обучения, а если речь уже начала формироваться, то ранняя глухота может повести к распаду недостаточно упрочившихся речевых навыков.

У позднооглохших детей степень сохранности речи зависит от времени наступления глухоты (чем позже произошла потеря слуха, тем дольше будет сохраняться речь даже при отсутствии коррекционной помощи) и от условий последующего развития ребенка, в частности, от наличия (или отсутствия) специальной работы по сохранению и развитию речи.

*По состоянию словесной речи* среди детей с нарушенным слухом можно выделить:

неговорящих (необученные дети);

детей, в речи которых имеются отдельные слова (на начальном этапе обучения);

детей, имеющих короткую фразу с аграмматизмом;

детей с развернутой фразовой речью с аграмматизмом;

детей с нормальной фразовой речью, соответствующей возрасту.

При прочих равных условиях, как впервые было отмечено Р. М. Боскис [2], чем меньше снижен слух у ребенка, тем выше уровень его речевого развития; чем позже возникает нарушение слуха, тем менее пагубно оно влияет на состояние речи ребенка. При своевременном начале коррекционной работы и ее систематическом и адекватном проведении в течение длительного времени уровень речевого развития даже глухого ребенка может быть максимально сближен с нормой. Степень и характер речевой недостаточности у детей с нарушениями слуха зависят от взаимодействия четырех основных факторов:

- от степени снижения слуха,
- от времени возникновения поражения слуха,
- от наличия дополнительных отклонений в развитии,
- от условий развития ребенка после поражения слуха.

Таким образом, дети с нарушенным слухом представляют собой разнородную группу, характеризующуюся: степенью (тугоухость, выраженная в той или иной степени, и глухота) и характером (кондуктивная, сенсоневральная и смешанная тугоухость) нарушения слуха; временем, в котором произошло понижение слуха; уровнем речевого развития; наличием или отсутствием дополнительных отклонений в развитии.

Потенциальные возможности детей с нарушениями слуха крайне велики. Дети, несмотря на то, что сегодня у медицины нет возможности вернуть им физический слух, могут максимально сближаться по уровню психомоторного и речевого развития с нормально слышащими сверстниками.

У дошкольников, не имеющих дополнительных отклонений в развитии, при целенаправленной и адекватной коррекционной работе, проводящейся с первых месяцев жизни, уже к 3—5 годам, несмотря на тяжелую тугоухость и даже глухоту, можно максимально сближить не только уровень их общего, но и речевого раз-

вития с возрастной нормой. В этом случае они владеют развернутой фразовой речью, свободно общаются со взрослыми и детьми, рассказывают об увиденном, случившемся, читают стихи, подпевают песенки. Эти дети хорошо понимают обращенную к ним речь, которую воспринимают слухозрительно, т. е. глядя на губы говорящего и одновременно слушая его с помощью индивидуальных слуховых аппаратов. Звучание их собственной речи, как правило, мало отличается от речи слышащих сверстников. Если посторонний человек не видит на ребенке индивидуальных слуховых аппаратов, которыми тот постоянно пользуется, то он даже не подозревает, что с малышом что-то не так, как у всех. Такие дети в дальнейшем, как правило, обучаются вместе со слышащими в детских садах и школах общего типа.

Столь же высокого уровня реабилитации можно достигнуть в ходе целенаправленной адекватной и своевременно начатой работы с позднооглохшими детьми (т. е. с теми, кто до потери слуха, наступившей в 3—4 года и позже, нормально слышал и говорил — владел фразовой речью). Если удастся сохранить речь ребенка и совершенствовать ее, а также быстро восстановить устную коммуникацию уже на иной сенсорной основе (зрительно-слуховой, зрительно-вибротактильной, зрительной), то позднооглохший дошкольник может удержаться в том детском коллективе, в котором он воспитывался до потери слуха, и может быть подготовлен к успешному обучению в условиях массовой школы.

Относительно высокий уровень общего и речевого развития может отмечаться у части слабослышащих детей с незначительным снижением слуха при благоприятных условиях их развития, даже если отсутствовало целенаправленное коррекционное воздействие в дошкольном возрасте.

Высокого уровня психомоторного и речевого развития также могут достигать дети с тяжелой тугоухостью и глухотой при относительно позднем начале обучения — в 2, 3, 4 года *при наличии ряда благоприятных факторов*. К ним относятся: интенсивное систематическое и адекватное состоянию ребенка обучение, активное участие семьи в его воспитании и обучении, высокие потенциальные возможности самого ребенка, его физическое состояние и личностные качества (активность, коммуникабельность, физическая выносливость, работоспособность и т. п.), дополнительная помощь дошкольнику (например, специальные часы для индивидуальной работы с ним, для занятий речевой ритмикой и т. п.).

Следует также особо подчеркнуть, что эффект коррекционного воздействия, а тем самым и реализация реабилитационного потенциала детей с нарушенным слухом во многом определяется своевременностью (с момента выявления степени и характера снижения слуха) качественного слухопротезирования и использова-



ния в занятиях с педагогом и дома различной качественной звукоусиливающей аппаратуры (при отсутствии медицинских противопоказаний к звукоусилению).

## 2. ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ

В дошкольном возрасте по отношению к детям с нарушениями слуха решаются задачи их развития, воспитания и обучения.

*Основной задачей дошкольного образования детей с нарушениями слуха является обеспечение всестороннего развития на основе коррекции имеющихся недостатков.*

Общеразвивающая и коррекционная работа с дошкольниками с нарушениями слуха направлена на преодоление социальной недостаточности, социализацию ребенка, которую Л. С. Выготский рассматривал как процесс его «вращения» в цивилизацию. Ребенку с нарушенным слухом, как и слышащему, поскольку основные закономерности их развития те же, следует обеспечить целостность психического развития, становление базиса личностной культуры, что означает возможность ориентировки ребенка в предметах, природе, общественной жизни, общечеловеческих ценностях, в явлениях собственной жизни и деятельности.

Реализация этой задачи предполагает социальное развитие детей, обеспечение высокого уровня познавательной деятельности, формирование речи как средства общения и познания, личностное развитие дошкольников. Это требует длительной систематической работы, ориентированной на обогащение общего развития, приобщение ко всему, что доступно слышащим детям, коррекцию отклонений в развитии дошкольников с нарушенным слухом. Эта работа составляет основу воспитания и обучения в дошкольных учреждениях и представлена в различных разделах программы: физическое воспитание, игра, труд, изобразительная деятельность и конструирование, ознакомление с окружающим миром, развитие речи, развитие слухового восприятия и обучение произношению, формирование элементарных математических представлений, музыкальное воспитание. Каждый из этих разделов играет большую развивающую роль, а в совокупности они обеспечивают *решение общеразвивающих задач.*

Содержание этих разделов не только обогащает развитие детей с нарушенным слухом, приближая его к развитию нормально слышащих дошкольников, но и представляет собой базу для коррекционной работы, так как каждый из разделов содержит коррекционные задачи.

Направленность обучения на преодоление специфических недостатков, обусловленных снижением слуха, делает особо важной

постановку *коррекционной задачи*. В соответствии с положением Л. С. Выготского о сложной структуре аномального развития ребенка с дефектом рано возникшая глухота или тугоухость обуславливают отклонения вторичного порядка, которые прежде всего выражаются в нарушениях речи и общения. Отклонения в речевом развитии и связанные с ними нарушения общения обуславливают, в свою очередь, своеобразие развития восприятия, мышления и всей познавательной деятельности, а также личностного развития. Вся система работы дошкольного учреждения направлена в первую очередь на коррекцию вторичных отклонений — развитие речи и общения. Поэтому *формирование речи как средства общения* является одной из ведущих задач в системе коррекционно-педагогической работы в дошкольных учреждениях. Важными компонентами этой системы является развитие слухового восприятия и обучение произношению детей со сниженным слухом. Эта работа проводится на специальных занятиях, а также включается во все разделы программы. Помимо формирования речи, обучения произношению, развития слухового восприятия, в дошкольных учреждениях решаются и другие коррекционные задачи, например, связанные с наличием особенностей в развитии познавательной деятельности и т. д.

Решение коррекционных задач наряду с общеразвивающими должно обеспечить полноценное развитие дошкольника со сниженным слухом и его готовность к школьному обучению. Таким образом, воспитание и обучение глухого или слабослышащего ребенка в дошкольном образовательном учреждении направлено и на *подготовку его к обучению в школе*.

Воспитание и обучение дошкольников с нарушенным слухом строится на следующей системе дидактических принципов: *научность, систематичность воспитания и обучения, доступность, наглядность, активность и самостоятельность в усвоении знаний, учет возрастных и индивидуальных особенностей детей, связь обучения с жизнью*. Ведущие дидактические принципы лежат в основе организации процесса воспитания и обучения детей с нарушениями слуха и реализуются в практике с учетом коррекционной направленности этого процесса.

Помимо общедидактических принципов, выделяются специфические принципы, отражающие особенности развития дошкольников с недостатками слуха, содержание и методы работы с ними. Определение специфических принципов дошкольного воспитания также связано с разработкой теории и практики воспитания и обучения глухих и слабослышащих детей школьного возраста. Можно выделить следующие основные принципы, положенные в основу воспитания и обучения дошкольников с нарушениями слуха:

*1. Генетический принцип*, основанный на учете последовательности возникновения и развития психических функций и новооб-

разований в онтогенезе. Реализация этого принципа позволяет учесть общие закономерности развития применительно к дошкольникам с нарушенным слухом, построить модель коррекционно-развивающего обучения, ориентированного на учет сензитивных периодов в развитии психических функций.

*2. Принцип развивающего обучения.* В основу содержания воспитания и обучения положено требование ориентации на здоровые силы ребенка, обеспечение соответствующего возрасту уровня психического развития. Своеобразие спонтанного развития ребенка, невозможность самостоятельно овладеть познанием некоторых сторон жизни, недостаточное участие в этом процессе родителей могут привести к тому, что уровень психического развития ребенка по мере его взросления будет отставать от возрастной нормы. Принцип развивающего воспитания и обучения связан с необходимостью не только преодоления отставания и нормализацией развития, но и его обогащением (амплификацией). В дошкольном учреждении должны быть созданы условия, направленные на максимальную реализацию возможностей ребенка. Выявление индивидуальных возможностей плохо слышащего ребенка возможно только при активном участии педагогов, которые определяют, «ведут» развитие ребенка, выявляют его потенциальные возможности, «зону ближайшего развития».

*3. Принцип коррекционной направленности воспитания и обучения* является одним из ведущих принципов воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии. Данный принцип пронизывает все компоненты воспитательно-образовательного процесса. Коррекционная направленность воспитания и обучения предполагает индивидуально-дифференцированный подход, основанный на учете структуры и выраженности нарушений, выявлении потенциальных возможностей ребенка. Своеобразие развития детей с недостатками слуха, прежде всего нарушение речевого развития и связанного с ним общения, обуславливает необходимость проведения систематической коррекционной работы.

В содержании обучения выделяются специфические разделы, несущие основную коррекционную нагрузку: развитие речи, развитие слухового восприятия и обучение произношению. Задачи этих разделов работы связаны с преодолением наиболее тяжелых последствий отсутствия или нарушения слуха и направлены на формирование различных форм речи (устной, письменной), развитие речевого и неречевого слуха, обучение произношению. Конечной целью этой работы является формирование речи как средства коммуникации, что создаст возможность полноценной социальной интеграции.

Каждое занятие в детском саду, независимо от его тематики и целей, включает в себя коррекционные задачи, направленные как на развитие речи детей в связи с данным видом деятельности, так и на преодоление отклонений в познавательной деятельности. Важ-

ным условием реализации данного принципа является раннее начало коррекционной работы.

*4. Деятельностный принцип.* Психическое развитие дошкольника осуществляется в деятельности. Через разные виды деятельности он познает окружающий мир, расширяя и углубляя способы ориентировки в нем, постигая социальную сферу жизни, определяя взаимоотношения с другими людьми. Развитие психики связано с ведущей деятельностью, т. е. той, в которой формируются психологические процессы, от которых зависит личностное развитие ребенка на данном этапе. Поэтому в содержании воспитания на разных этапах выделяются ведущие виды детской деятельности, определяется их развивающее и коррекционное значение, направленность на развитие универсальных человеческих способностей. Процесс развития и воспитания ребенка раннего и дошкольного возраста связан с предметной, игровой, изобразительной, конструктивной деятельностью, элементарным трудом.

Работа по различным разделам программы воспитания и обучения предполагает связь с деятельностью ребенка, ее использование для решения общеразвивающих и коррекционных задач. Важное значение имеет деятельностный принцип в процессе развития речи (С. А. Зыков, Б. Д. Корсунская, Л. П. Носкова). В игре и других видах детской деятельности создаются оптимальные условия для овладения речевыми средствами и их использования в реальных условиях коммуникации. В соответствии с деятельностным принципом речь также рассматривается как деятельность с присущей ей структурной организацией.

Использование детской деятельности в коррекционной работе формирует мотивацию овладения речевым материалом, способствует развитию личностных качеств: инициативности, самостоятельности, ответственности, способности к творчеству.

*5. Принцип дифференцированного подхода к воспитанию и обучению.* Группа глухих и слабослышащих дошкольников характеризуется большой разнородностью по состоянию слуха, речи, уровню интеллектуального развития. Дифференцированный принцип предполагает учет структуры нарушений при организации воспитания и обучения дошкольников с нарушениями слуха. Прежде всего в соответствии с этим принципом проводится дифференцированное воспитание глухих и слабослышащих. В воспитании и обучении детей этих двух категорий используются разные программы, в которых определены дифференцированные требования по различным разделам, прежде всего по развитию речи, развитию слухового восприятия и обучению произношению.

Дифференцированный подход реализуется и применительно к формам обучения: в составе группы для слабослышащих или глухих могут быть выделены две подгруппы детей с разным состояни-

ем речи, что позволит в большей степени учитывать их возможности и темпы речевого развития.

Уровень интеллектуального развития детей, наличие у некоторых из них сложной структуры нарушений развития, когда помимо снижения слуха имеются и другие первичные нарушения (задержка психического развития, умственная отсталость, нарушения поведения и др.), также делают целесообразным дифференцированный подход к их воспитанию. Эти дети могут быть выделены в специальные группы и обучаться по вариативной программе. В случае невозможности организации такой группы, в составе обычной группы для глухих или слабослышащих детей может быть выделена подгруппа детей, испытывающих значительные трудности в обучении.

*6. Принцип формирования речи как средства общения.* В системе формирования речи глухих одним из важнейших является принцип обучения языку как средству речевого общения (С. А. Зыков, Б. Д. Корсунская, Л. П. Носкова и др.). Этот принцип связан с необходимостью формирования у детей потребности в речевом общении, в овладении необходимыми для этого речевыми средствами, создании слухо-речевой среды, обеспечивающей возможности речевой практики в семье, в дошкольном учреждении. На принципе коммуникативной направленности развития речи построено весь процесс коррекционно-воспитательной работы. С целью его реализации в обучении дошкольников с нарушенным слухом (особенно глухих и слабослышащих, имеющих дополнительные отклонения в развитии) используется дактильная речь, при которой каждой букве соответствует определенная конфигурация пальцев.

*7. Принцип развития слухового восприятия* предполагает максимальное развитие остаточного слуха в процессе активного использования звукоусиливающей аппаратуры индивидуального и коллективного пользования. Развивающееся слуховое восприятие расширяет сенсорную базу для восприятия звуков окружающего мира и ориентировки в них, для слухо-зрительного восприятия речи окружающих. Развивающееся слуховое восприятие становится основой для овладения произносительной стороной устной речи, особенно ее ритмико-интонационной стороной.

### **3. СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДОШКОЛЬНИКАМИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА**

Выполнение задач дошкольного образования детей с нарушениями слуха возможно обеспечить лишь следуя системе коррекционного воспитания и обучения, ориентирующейся на закономерности развития детей дошкольного возраста, учитывающей спе-

цифические потребности ребенка, обусловленные влиянием нарушения слуха на его развитие. Система коррекционно-педагогической работы с глухими и слабослышащими дошкольниками предполагает тесную взаимосвязь в решении развивающих, образовательных и коррекционных задач. Содержание коррекционно-педагогической работы в целом позволяет обеспечить разностороннее развитие дошкольников с нарушениями слуха: физическое, умственное, речевое, социальное, эстетическое.

Программы воспитания и обучения глухих и слабослышащих дошкольников построены таким образом, чтобы обеспечить в процессе развития детских видов деятельности формирование психических новообразований, присущих каждому периоду дошкольного детства. В содержании коррекционно-педагогической работы выделяются 9 разделов, каждый из которых включает решение как воспитательных и образовательных задач, так и коррекционных, направленных на преодоление некоторых особенностей в формировании различных сторон психического развития дошкольников с нарушенным слухом.

Важное значение в системе обучения придается *физическому воспитанию детей*, направленному на охрану и укрепление их здоровья, гармоничное физическое развитие, развитие потребности в двигательной активности, формирование основных движений и двигательных качеств, коррекцию и профилактику нарушений физического развития.

Решение коррекционных задач связано с преодолением некоторых особенностей, обусловленных снижением слуха и нарушением деятельности вестибулярного аппарата, возникшим в результате тяжелых заболеваний, перенесенных детьми. Коррекция отклонений в моторном развитии предполагает тренировку функции равновесия, формирование правильной осанки, коррекцию и профилактику плоскостопия, развитие дыхания, координации движений. Одной из важных коррекционных задач физического воспитания глухих и слабослышащих дошкольников является развитие их ориентировки в пространстве. Правильно организованное физическое воспитание развивает активность детей, повышает работоспособность, что позволяет успешно проводить воспитательную и коррекционно-образовательную работу.

Важное значение в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями слуха придается обучению игре. Это связано с большой развивающей ролью игры, с открывающимися возможностями решать воспитательные задачи и задачи развития речи и общения. *Формирование игровой деятельности* предполагает развитие интереса к играм, обучение действиям с игрушками, формирование ролевого поведения, умение использовать предметы-заместители и воображаемые предметы и действия, умение отражать в играх

действия людей и их отношения, разворачивать и обогащать сюжеты игр.

В процессе формирования игры реализуются важные для психического развития ребенка с недостатками слуха задачи. Задачи социального развития, нравственного воспитания связаны с коллективным характером игр, возможностью отразить в них взаимоотношения людей, нормы поведения, некоторые нравственные понятия. Умственное воспитание в игре происходит через расширение представлений о предметах и явлениях окружающего мира, через усвоение их свойств, назначения, способов использования. В этом плане велика роль дидактических игр. Особое значение для умственного развития дошкольников с нарушениями слуха имеет овладение игровым замещением.

В ходе целенаправленного развития и обогащения *изобразительной и конструктивной деятельности* создаются условия для эстетического, познавательного развития дошкольников с нарушениями слуха. На занятиях по изобразительной деятельности и конструированию, в свободной деятельности, в семье проводится целенаправленное обучение рисованию, лепке, аппликации, конструированию.

Важной задачей, связанной с развитием изобразительной и конструктивной деятельностью, является сенсорное воспитание детей. В процессе обучения проводится планомерное систематическое развитие различных видов восприятия: зрительного, тактильно-двигательного, двигательного. Изобразительная деятельность является одним из важнейших и наиболее доступных средств эстетического воспитания глухих и слабослышащих детей.

В процессе *трудового воспитания* дошкольников с нарушениями слуха происходит формирование мотивации трудовой деятельности детей, развитие интереса к разным формам труда, к оказанию помощи старшим, овладение некоторыми трудовыми умениями и элементарной культурой труда. Общественно-социальное значение труда связано с его воспитательным воздействием на личность ребенка. В труде формируется умение сотрудничать со сверстниками и взрослыми, формируется привычка к трудовым усилиям, умение доводить дело до конца, настойчивость, самостоятельность, стремление помогать окружающим.

В дошкольных учреждениях дети овладевают различными видами труда: самообслуживанием, хозяйственно-бытовым трудом, трудом в природе, ручным трудом.

Познавательное и социальное развитие дошкольников происходит в процессе целенаправленной работы *по ознакомлению с окружающим миром*. Дети знакомятся с внешним видом, строением, способами использования необходимых человеку предметов, а также с условиями жизни человека и животных. В ходе работы по озна-

комлению с окружающим расширяются представления детей о жизни людей, формируются навыки общественного поведения, взаимодействия со сверстниками и взрослыми. В процессе ознакомления с окружающим преодолевается свойственная детям с нарушенным слухом бедность и фрагментарность представлений об окружающих их предметах и явлениях.

В игре, изобразительной деятельности и конструировании, труде, в занятиях по ознакомлению с окружающим создаются условия для развития речи детей, так как в процессе практических действий они усваивают названия игрушек, предметов, материалов, инструментов, их свойств, действий с ними. Эмоциональный фон, присущий детской деятельности, делает процесс усвоения речевого материала более продуктивным. Так как в игре, труде, конструировании, рисовании дети взаимодействуют друг с другом, здесь мотивированно и естественно может быть организовано речевое общение.

Раздел «Развитие речи» по своей значимости является одним из ведущих в системе коррекционной работы, так как его задачи связаны с преодолением специфического для глухих и слабослышащих детей нарушения речи и речевого общения. *Работа по развитию речи* направлена на формирование речи как средства общения и познания окружающего мира. Речевое развитие детей обеспечивается в различных условиях: в быту, во время проведения режимных моментов, в процессе разных видов детской деятельности (игры, рисования, конструирования, лепки, труда), в ходе ознакомления с окружающим, на занятиях по всем разделам программы, на специальных занятиях по развитию речи, в семье. На специальных занятиях по развитию речи работа проводится в следующих направлениях: развитие языковой способности; накопление словаря и работа над значением слова; формирование разных форм речи (устной, письменной, дактильной), отработка различных видов речевой деятельности; проведение элементарных языковых наблюдений.

Важные коррекционные задачи решаются в процессе *развития слухового восприятия и обучения произношению*, целью этой работы является формирование и развитие у детей с нарушенным слухом навыков восприятия и воспроизведения устной речи.

Работа по развитию слухового восприятия у глухих и слабослышащих дошкольников имеет задачей развитие остаточного слуха: дети обучаются восприятию на слух речевого материала и неречевых звучаний. На базе развивающегося слухового восприятия создается и совершенствуется слухо-зрительная основа восприятия устной речи, формируются навыки речевой коммуникации.

В процессе обучения детей произношению у них создается потребность в устном общении, формируется внятная, максимально



приближенная к естественному звучанию устная речь. Эта задача реализуется в процессе всей коррекционно-воспитательной работы, в том числе и в ходе специальных индивидуальных занятий по развитию слухового восприятия и обучению произношению. Правильная организация работы по произношению предусматривает определенные условия, к важнейшим из которых относится создание слухо-речевой среды, компонентами которой являются устное общение педагогов и родителей с детьми, поддержание желания детей общаться, используя устную речь и другие средства (таблички, дактилирование).

Работа по развитию слухового восприятия и формированию произношения глухих и слабослышащих детей проводится при широком использовании различной звукоусиливающей аппаратуры, в том числе и индивидуальных слуховых аппаратов.

В тесной связи с развитием детской деятельности и речи осуществляется интеллектуальное развитие дошкольников с нарушениями слуха, которому способствуют занятия по *формированию элементарных математических представлений*. В процессе целенаправленной работы дети овладевают систематизированными элементарными представлениями о количестве и числе, величине и форме, о пространственных свойствах и отношениях предметов, счетными и измерительными умениями. Усвоение этого материала готовит детей к овладению математикой в школе.

Особую значимость в процессе коррекционно-педагогической работы с глухими и слабослышащими дошкольниками приобретает *музыкальное воспитание*. Здесь задачи коррекции и компенсации недостатков развития детей решаются с помощью таких средств, как формирование восприятия музыки, вокально-интонационное развитие голоса, развитие ритма движений и речи. Специфическим направлением работы является развитие слухового восприятия музыки, развитие динамического, ритмического, тембрового слуха. Музыкальное воспитание способствует эмоционально-эстетическому развитию детей, развитию их эмоциональной отзывчивости и чуткости.

#### **4. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛУХА ДЕТЕЙ**

Чем раньше будет начато воспитание и обучение ребенка с нарушенным слухом, тем более высоких результатов можно достигнуть в общем и речевом его развитии, в сближении его с уровнем, характерным для детей с нормальным слухом.

В настоящее время проблеме ранней (с первых месяцев жизни) помощи детям с нарушениями слуха уделяется большое внимание. Введены в действие Приказ Минздравмедпрома России № 108 от

23.03.96 г. «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» и Указание Минздрава России № 103 от 05.05.92 г. «О внедрении единой системы раннего выявления нарушений слуха у детей, начиная с периода новорожденности и их реабилитации». В соответствии с этими документами предложена государственная система раннего выявления детей с подозрением на снижение слуха, которая предусматривает:

- в роддомах — выявление детей, относящихся к группе риска по тугоухости и глухоте; при этом отмечается наличие у новорожденного фактора (факторов) риска из тех, что перечислены выше (см. с. 94),

- в детских поликлиниках по месту жительства — обследование слуха детей с факторами риска в 1, 2, 4 и 6 месяцев по специально предложенной скрининг-методике с использованием звукореактотеста (ЗРТ) — специального портативного аудиометра; в случаях, если реакция младенца на сигналы звукореактотеста не соответствуют возрастной норме, то это дает основание подозревать у ребенка снижение слуха, в связи с чем он направляется в специализированное медицинское учреждение — сурдологический кабинет (центр, отделение),

- в сурдологических кабинетах — проведение комплексного медико-педагогического обследования с целью установления диагноза (или снятия подозрения на снижение слуха) и организации дальнейшей коррекционной помощи (в стране около 120 сурдокабинетов, которые расположены во всех республиканских, краевых, областных центрах, во многих крупных городах).

Каждый ребенок с подозрением на снижение слуха нуждается в своевременном комплексном медико-педагогическом обследовании слуха.

**Медицинское обследование** предполагает отиатрический осмотр (осмотр врачом-отоларингологом) и аудиологическое исследование. Если отиатрический осмотр, как правило, не вызывает каких-либо затруднений, то аудиологическое исследование детей, особенно первых трех лет жизни, в силу их возрастных особенностей сопряжено с определенными трудностями. Однако существуют специальные методики исследования слуха, которые позволяют установить факт его снижения и оценить уровень и характер его нарушения у детей, начиная с периода новорожденности. К ним относятся:

- регистрация вызванной отоакустической эмиссии, позволяющей зафиксировать даже незначительное — на уровне 10—15 дБ — снижение слуха;

- регистрация акустического рефлекса, позволяющего определить наличие снижения слуха и выявить порог неприятных ощущений на громкие звуки — порог дискомфорта; эти данные крайне важны при слухопротезировании;

тимпанометрия, позволяющая оценить состояние среднего уха, что дает возможность определить форму тугоухости: кондуктивная, смешанная, сенсоневральная;

регистрация слуховых вызванных потенциалов — объективная аудиометрия, в результате которой определяются пороги снижения слуха (слуховой чувствительности).

Эти методы исследования слуха называются объективными и не зависят от возраста и состояния ребенка, в том числе и уровня его общего и речевого развития. Однако они требуют использования специальной дорогостоящей аппаратуры, которой, к сожалению, не всегда оборудованы сурдологические кабинеты. Поэтому при затруднениях в обследовании ребенка по месту жительства его направляют в крупные сурдологические центры, например, Москвы, С.-Петербурга, Екатеринбурга и др.

С 2—3 лет, по мере выработки у ребенка условной двигательной реакции на звук (при подаче звука он выполняет какое-либо игровое действие, например, надевает кольцо на стержень пирамиды), становится возможным аудиометрическое обследование дошкольника широко используемым методом игровой пороговой тональной аудиометрии по условнорефлекторной методике. Этот метод относится уже к субъективным методам, так как основан на деятельности самого ребенка.

**Педагогическое обследование слуха** предполагает:

- регистрацию поведенческих реакций ребенка на звучание низко-, средне- и высокочастотных игрушек и речи (произносится имя ребенка, слоги типа *папапа, пупупу, сисиси*), при этом:

в первые 1,5 года регистрируются реакции на уровне безусловно-ориентировочного рефлекса: вздрагивание, торможение движений, раскрытие глаз, поворот головы в сторону источника звука и т. п.,

с 1,5 лет у неговорящих детей регистрируется условная двигательная реакция: в ответ на звук ребенок выполняет определенное игровое действие;

- у говорящих детей выявление возможности воспринимать на слух произносимые голосом разговорной громкости и шепотом звукоподражания (типа у\_\_<sup>1</sup>, *ква-ква-ква, пи-пи-пи*), лепетные слова (типа *ляля, утя, бобо́*), полные слова и фразы<sup>2</sup>.

Все педагогические методы исследования слуха детей относятся к субъективным, так как основаны на произвольных или произвольных реакциях самого ребенка.

---

<sup>1</sup> Черта обозначает длительное произнесение звука.

<sup>2</sup> При слухе в пределах физиологической нормы ребенок воспринимает шепотную речь на расстоянии не менее 6 метров.

Данные объективного и субъективного исследований сопоставляются между собой, и в том случае, если они согласуются, можно быть уверенным, что состояние слуха ребенка оценено верно.

Педагогическое обследование слуха проводит учитель-дефектолог (сурдопедагог) сурдологического кабинета. Он же обследует и уровень общего и речевого развития ребенка. Кроме того, в функции учителя-дефектолога сурдологического кабинета входит подготовка ребенка (старше 1,5 лет) к игровой пороговой тональной аудиометрии, уточнение режима работы индивидуальных слуховых аппаратов, рекомендованных врачом-сурдологом и разработка индивидуальной программы коррекционной помощи ребенку (совместно с психологом, работающим в сурдологическом кабинете). Педагог знакомит родителей с особенностями развития детей с нарушенным слухом и обучает их общению с ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи. Он также проводит диагностические занятия с детьми, не посещающими специальные учреждения, участвует в работе ПМПК по отбору детей в специальные дошкольные и школьные учреждения для глухих, для слабослышащих и позднооглохших.

## **5. ОРГАНИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДОШКОЛЬНИКАМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА**

Традиционно коррекционная помощь детям с нарушенным слухом оказывается в учреждениях министерств здравоохранения (сурдологические кабинеты, отделения, центры, стационары при лор-отделениях крупных больниц) и образования (дошкольные образовательные учреждения компенсирующего или комбинированного вида, дошкольные отделения при школах для глухих и для слабослышащих детей, общеобразовательные учреждения «Начальная школа - детский сад» для глухих или для слабослышащих детей). В системе социальной защиты существуют отдельные учреждения для детей со сложной (комбинированной) структурой нарушения в развитии, например, специализированное учреждение для слепоглохих в Сергиевом Посаде (Московская обл.). При отдельных научных центрах медицинских (например, в С.-Петербурге) и педагогических (например, в Москве) и при некоторых дефектологических факультетах пединститутов (например, в С.-Петербурге) функционируют экспериментальные и консультативные группы. В настоящее время при специальных дошкольных учреждениях и при дошкольных отделениях спецшкол открываются группы кратковременного пребывания, а также создаются разнообразные центры (медико-психолого-педагогические, психолого-педагогические и социальные, центры диагностики и консультирования, психоло-

го-медико-педагогической реабилитации и коррекции и т. п.), в которых оказывают помощь детям с отклонениями в развитии, в том числе глухим, слабослышащим и позднооглохшим детям.

### **Воспитание и обучение в условиях специальных учреждений и групп**

Для детей с нарушениями слуха раннего и дошкольного возраста существуют различные **образовательные учреждения**. Их деятельность регулируется «Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении» (1995). Глухие и слабослышащие дети раннего и дошкольного возраста могут воспитываться и обучаться в следующих образовательных учреждениях:

*1. Детский сад компенсирующего вида для глухих и/или для слабослышащих детей.* Дошкольные образовательные учреждения компенсирующего вида для детей с нарушениями слуха открываются органами образования при условии наличия достаточного количества глухих и слабослышащих детей. Группы в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида для детей с нарушениями слуха комплектуются по решению психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

*2. Детские сады комбинированного вида,* в состав которых, наряду с группами для слышащих детей, входят и компенсирующие группы для детей с нарушениями слуха. Как правило, в зависимости от состояния слуха и речи детей при дошкольных образовательных учреждениях создаются группы для глухих и/или для слабослышащих детей. Совместное воспитание и обучение глухих и слабослышащих детей в одной группе не рекомендуется. Группы комплектуются ПМПК детьми одного или смежного возрастов.

В дошкольное образовательное учреждение компенсирующего вида и компенсирующие группы детского сада комбинированного вида принимаются глухие и слабослышащие дети с 1,5—2 лет. Процесс воспитания и обучения в зависимости от сроков поступления в детский сад (с 2 или 3 лет) рассчитан на 5 или на 4 года.

Данные дошкольные образовательные учреждения компенсирующего вида работают в режиме круглосуточного пребывания (отдельные учреждения компенсирующего вида — круглогодично). Однако родители могут забирать детей домой ежедневно.

В детских садах компенсирующего или комбинированного вида могут открываться группы для детей со сложными дефектами (сочетание двух или более нарушений).

При определении содержания воспитательно-образовательного процесса педагогический коллектив может руководствоваться имеющимися программами воспитания и обучения глухих и слабослышащих детей дошкольного возраста, а также выбрать из комп-

лекса вариативных общеразвивающих и коррекционных программ в соответствии с индивидуальными особенностями (возрастом, состоянием слуха, речи, интеллекта и т. п.) воспитанников.

*3. Дошкольные группы, отделения в специальных коррекционных общеобразовательных школах, школах-интернатах для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей.* Дошкольные группы при школах для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей рассчитаны на обеспечение развития и подготовку к школе детей дошкольного возраста. В дошкольные отделения (группы) могут приниматься дети с 2—3-х летнего возраста при наличии условий для их воспитания. В некоторых случаях организуются группы для детей старшего дошкольного возраста, специальное обучение которых по разным причинам (позднее выявление нарушений слуха, текущие заболевания ребенка и др.) начинается в более поздние сроки — в 5—6 лет. В течение двухлетнего периода проводится общеразвивающая и коррекционная работа, направленная на подготовку детей к обучению в I классе школы для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей. При организации и определении содержания воспитания и обучения глухих детей педагоги могут руководствоваться Программой воспитания и обучения в дошкольных группах при школах для глухих детей, рассчитанной на двухлетний срок коррекционно-воспитательной работы, а также программами, рекомендованными для детских садов для глухих и для слабослышащих детей, разрабатывать и выбирать вариативные коррекционные и общеразвивающие программы.

*4. Образовательные учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста «Начальная школа - детский сад» компенсирующего вида для глухих или для слабослышащих детей и образовательное учреждение для детей дошкольного и школьного возраста «Школа - детский сад» для глухих или для слабослышащих детей.* В структуре данных образовательных учреждений могут быть группы детей дошкольного и школьного возраста, а также или только начальные классы, или все классы (с первого по 10—12 классы) школы для слабослышащих или для глухих детей. В данных образовательных учреждениях реализуются две образовательные программы: дошкольного образования и школьного образования для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей.

Основными средствами обеспечения преемственности в коррекционной работе являются педагогические технологии непрерывного коррекционного воспитания и обучения детей с нарушениями слуха, построенные с учетом особенностей психофизического развития детей дошкольного или школьного возраста, ведущих для каждого этапа видов деятельности, форм организации общеразвивающей и коррекционной работы: игры, занятия, сво-

бодная деятельность детей — в дошкольном учреждении; уроки, внеурочные формы организации детей — в школе.

Таким образом, во всех перечисленных выше образовательных учреждениях ведется целенаправленная работа по воспитанию и обучению дошкольников с нарушенным слухом, начиная с 1,5—2 лет (или позже). Педагогическое воздействие направлено на обеспечение в соответствии с возрастными особенностями общего развития ребенка (его двигательной, эмоционально-волевой и интеллектуальной сферы), т. е. оно ведется в тех же направлениях, что и в детских садах для слышащих детей. Вместе с тем наличие снижения слуха и отсутствие или недоразвитие речи требуют использования не только специфических методов работы, ориентированных на овладение теми или иными умениями и навыками, но и специфического содержания работы, направленного на коррекцию отклонений в развитии. Кроме того, в ходе всего учебно-воспитательного процесса особое внимание уделяется развитию речи детей, их остаточного слуха, формированию произносительной стороны речи. С двухлетнего возраста начинается целенаправленная работа по обучению неслышащих детей грамоте (чтению и письму печатными буквами). Это необходимо для того, чтобы обеспечить ребенку полноценное восприятие речи через чтение и полноценное ее воспроизведение с помощью письма. Дети с нарушенным слухом, не имеющие дополнительных отклонений в развитии, должны научиться читать (на основе устной или дактильной речи) и писать печатными буквами к 4—4,5 годам. В старшем дошкольном возрасте особое внимание уделяется формированию читательской деятельности по оригинальной методике, предложенной Б. Д. Корсунской, при этом широко используются ее книги для дошкольников «Читаю сам» (I—III выпуски).

Следовательно, деятельность образовательных учреждений для дошкольников с нарушенным слухом направлена на удовлетворение их особых образовательных потребностей, как специфических, так и общих.

Комплектование групп осуществляется медико-психолого-педагогическими комиссиями с учетом возраста детей, состояния их слуха (отдельные группы для глухих и для слабослышащих детей), уровня речевого развития, если комплектуется несколько одновозрастных групп детей с нарушенным слухом, а также с учетом наличия дополнительных отклонений в развитии (нарушения интеллекта, опорно-двигательного аппарата, зрения и т. п.). Для детей с дополнительными отклонениями могут открываться специальные группы (такие группы уже долгие годы работают в Москве).

Большинство специальных дошкольных учреждений является учреждениями интернатного типа (с недельным или даже с круглогодичным пребыванием ребенка), что связано с относительно не-

большим количеством детей со стойкими нарушениями слуха и с географическими и экономическими особенностями нашей страны. Однако и в этих условиях ведется целенаправленная работа с семьей: родители получают конкретные задания на выходные дни, на каникулы, систематически проводятся родительские собрания, конференции, родители приглашаются на открытые занятия педагогов и воспитателей, могут посетить любое занятие той группы, в которой находится их ребенок. Работая с ребенком, родители основное внимание уделяют не закреплению того материала, который отрабатывался педагогом и воспитателями, а социально-бытовой ориентировке ребенка, знакомству с тем, что окружает его в семье, около дома, с жизнью детей и взрослых. Это крайне важно, так как в противном случае ребенок знакомится лишь с жизнью специального, в известной мере закрытого учреждения и не сможет реализовать свою социальную роль в семье, в ближайшем детском окружении, и, следовательно, будут занижены возможности его социализации.

При всем положительном, что несет с собой для общего развития ребенка его воспитание в специальном дошкольном учреждении (группе), следует выделить и негативные последствия этого:

отрыв от семьи, так как большинство специальных дошкольных учреждений и групп являются круглосуточными или круглогодичными;

постоянное нахождение среди плохо говорящих детей;

невозможность комплектования группы детьми, примерно с равным слухо-речевым уровнем развития (проигрывают слабослышащие дети со средней и легкой тугоухостью, попадающие в неадекватную для них речевую среду — в группы еще не говорящих детей).

### **Воспитание и обучение в условиях семьи под руководством специалиста**

Альтернативой обучению ребенка в специальном дошкольном учреждении является его воспитание дома, при котором коррекционная работа ведется главным образом родителями под руководством учителя-дефектолога. Дети, воспитывающиеся дома, могут получать коррекционную помощь:

в сурдологических кабинетах системы здравоохранения по месту жительства;

в стационарах при лоротделениях крупных больниц по месту жительства;

в группах кратковременного пребывания при специальных дошкольных учреждениях (группах) и при научных медицинских и педагогических центрах, педагогических факультетах педвузов.

В настоящее время с целью оказания систематической коррекционно-педагогической помощи, консультирования родителей по



вопросам воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии, в том числе и детей с нарушениями слуха, в дошкольных образовательных учреждениях разных видов могут быть в соответствии с рекомендациями Министерства образования РФ («Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии» от 26.06.99. № 129/32—16) организованы *группы кратковременного пребывания*. Они могут создаваться при детских садах компенсирующего вида для детей с нарушениями слуха, при детских садах комбинированного вида, в состав которого входят компенсирующие группы, а также при дошкольных отделениях при школах для глухих или для слабослышащих и позднооглохших. Группа является структурным подразделением дошкольного образовательного учреждения. Комплектование групп осуществляется психолого-медико-педагогической комиссией.

Основным контингентом сурдологических кабинетов, стационаров, групп кратковременного пребывания являются:

- дети младенческого и раннего возраста (до 2—3 лет),
- дети с незначительным снижением слуха, как правило, воспитывающиеся в общеобразовательных дошкольных учреждениях,
- оглохшие дошкольники, до потери слуха нормально слышавшие и говорившие и сохранившие речь,
- дети с нарушенным слухом, имеющие комплексные отклонения в развитии; эти дети в силу тяжести своего состояния не могут посещать специальный детский сад (группу), но остро нуждаются в коррекционной помощи,
- дети, которым противопоказано по состоянию здоровья посещение детского сада,
- дети, которым в связи с высоким уровнем их психофизического и речевого развития рекомендовано посещение общеобразовательных дошкольных учреждений (интегрированное обучение),
- дошкольники, родители которых хотят обучать их дома.

В сурдологических кабинетах, стационарах, группах кратковременного пребывания проводятся:

- коррекционные занятия с детьми,
- обучение родителей сотрудничеству с ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи,
- оказание родителям психотерапевтической помощи.

Основным содержанием работы в этих учреждениях является развитие речи ребенка, его остаточного слуха и формирование произносительных навыков. Большое внимание уделяется обучению грамоте и формированию читательской деятельности. Таким образом, коррекционно-педагогическая работа в сурдологических кабинетах, лорстационарах, группах кратковременного пребывания, прежде всего, ориентирована на удовлетворение специфи-

ческих образовательных потребностей ребенка с нарушенным слухом. В связи с этим крайне важно, чтобы учитель-дефектолог постоянно давал родителям конкретные задания по всем разделам работы с неслышащими дошкольниками в условиях семьи.

Занятия в сурдологических кабинетах и группах кратковременного пребывания проводятся при обязательном присутствии родителей. Частота занятий зависит от того, как близко от учреждения живет семья, и от типа самого учреждения. Так, в сурдологическом кабинете в соответствии с инструктивно-методическим письмом [14] с ребенком, не обучающимся в специальном учреждении (группе), проводятся занятия из расчета 1 час в неделю. Если же семья живет далеко от сурдологического кабинета, то родители могут привозить ребенка на 1—2 недели 1—2 раза в год и посещать занятия ежедневно. В лорстационаре, как правило, организуются ежедневные занятия в течение всего срока обследования и лечения. Группу кратковременного пребывания ребенок обычно посещает 2—3 раза в неделю (или чаще, например ежедневно, или реже — 1 раз в две недели). Кроме того, с детьми, обучающимися в группе кратковременного пребывания, могут организовываться также музыкальные и физкультурные занятия, индивидуальные или в малой группе — 2—3 человека; с ними также работает психолог.

Педагог группы кратковременного пребывания, в отличие от учителя-дефектолога сурдологического кабинета или стационара, 2—3 раза в год посещает детей дома (ребенка первого года жизни — ежемесячно, так как коррекционная работа с ним организуется только в условиях семьи<sup>1</sup>), а также бывает в общеобразовательных учреждениях, где воспитываются неслышащие дети, с которыми он проводит коррекционные занятия. В ходе этих посещений педагог помогает рационально организовать их воспитание и обучение дома и в массовом дошкольном учреждении.

В целом группы кратковременного пребывания имеют бóльшие возможности в организации коррекционной помощи, чем сурдологические кабинеты и тем более стационары.

В работе с детьми дошкольного возраста учитель-дефектолог сурдологического кабинета, лорстационара или группы кратковременного пребывания опирается на содержание и методику работы, изложенные в литературе, ориентированной на специальные дошкольные учреждения, а также на различные авторские коррекционные программы и программы для слышащих дошкольников.

Позитивным в организации обучения в сурдологических кабинетах, стационарах и группах кратковременного пребывания является: возможность оказания коррекционной помощи детям младенческого и раннего возраста,

---

<sup>1</sup> Если семья живет не далее чем в 30 минутах езды от учреждения.

предоставление родителям возможности воспитывать ребенка дома,  
возможность максимальной индивидуализации воспитания и обучения,  
пребывание ребенка в нормальной речевой среде.

Родители детей, посещающих занятия в сурдологических кабинетах и группах кратковременного пребывания, должны понимать, что именно на них лежит основная ответственность за уровень психомоторного и слухо-речевого развития.

К негативным последствиям обучения в условиях данных организационных форм можно отнести следующее:

отсутствие ежедневных занятий со специалистом,

отсутствие целенаправленных систематических занятий по общему и физическому развитию ребенка,

отсутствие детского коллектива (в основном проводятся индивидуальные занятия),

ориентация родителей на продвижение именно своего ребенка, а не группы детей того же возраста и с таким же состоянием слуха.

К сожалению, до настоящего времени неразработанными остаются содержание и методы работы с детьми, имеющими сложную структуру нарушений, а также отсутствует программно-методическое обеспечение коррекционной работы с неслышащими детьми с учетом особенностей ее организации в учреждениях здравоохранения и в группах кратковременного пребывания (имеются лишь отдельные публикации).

В настоящее время создается множество *медико-психолого-педагогических, психолого-педагогических и социальных центров, центров диагностики и консультирования, психолого-медико-педагогической реабилитации и коррекции* разной ведомственной принадлежности. Они работают и как государственные, и как негосударственные учреждения и обычно создаются для оказания помощи детям с различными отклонениями в развитии. Попадают в эти центры и дети с нарушенным слухом, но, как правило, они в них не получают специализированной помощи. Исключение составляют лишь те центры, которые ориентированы на работу с глухими и слабослышащими детьми, например Центр раннего вмешательства в С.-Петербурге, центры при обществах глухих, создающиеся в основном родителями.

В последние годы с целью организации медицинской и психолого-педагогической помощи детям с нарушениями слуха в различных регионах России были открыты центры реабилитации слуха и речи. В центрах проводится диагностика нарушений слуха, медико-психолого-педагогическое изучение детей, оказывается медицинская помощь, организуется индивидуальное слухопротезирование детей. В структуре данных учреждений, как правило, су-

ществует детский сад или группы для глухих и слабослышащих дошкольников. В центрах реабилитации слуха и речи используется верботональная методика, разработанная специалистами центра «Suvag» (Загреб, Хорватия).

### **Интегрированное воспитание и обучение**

Система коррекционной помощи детям с нарушенным слухом постоянно совершенствуется. Закономерным этапом ее развития является поиск **моделей интегрированного (совместного со слышащими) воспитания и обучения.**

Следует особо подчеркнуть, что именно период дошкольного детства наиболее благоприятен для проведения целенаправленной работы по интеграции детей с нарушенным слухом в коллектив слышащих сверстников. Это связано с рядом обстоятельств. Во-первых, маленькие дети легко принимают ребенка с отклонением в развитии, они не очень концентрируются на его дефекте, часто просто не замечают его. Во-вторых, в это время ни над глухим или слабослышащим дошкольником, ни над учителем-дефектологом, оказывающим ему коррекционную помощь, ни над воспитателями массовой группы не висит домоклов меч цензового школьного образования. Желательно, чтобы каждый ребенок, которого родители и педагоги готовят к интегрированному школьному обучению, в течение хотя бы одного года воспитывался в массовой группе детского сада.

Наибольшими возможностями для организации интегрированного обучения обладают **дошкольные учреждения комбинированного вида**, в составе которых есть как общеобразовательные, так и специальные группы.

В этих условиях возможно эффективно осуществлять интеграцию неслышащих детей с учетом уровня развития каждого ребенка, выбирая полезную и возможную для него «долю» интеграции, т. е. одну из моделей:

**временная интеграция**, при которой все воспитанники специальной группы вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития объединяются со слышащими детьми не реже двух раз в месяц для проведения различных мероприятий воспитательного характера;

**частичная интеграция**, при которой дети, еще не способные наравне со слышащими сверстниками овладеть образовательным стандартом, вливаются по 1—2 человека лишь на часть дня (например, на его вторую половину) в массовые группы;

**комбинированная интеграция**, при которой дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим возрастной норме или близким к ней, по 1—2 человека наравне со слышащи-

ми воспитываются в массовых группах, получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога специальной группы.

Реализация всех этих моделей предполагает обязательное руководство процессом интеграции со стороны учителя-дефектолога, который помогает педагогам массовых групп в организации воспитания и обучения ребенка с отклонениями в развитии в коллективе слышащих сверстников. Данные модели интеграции успешно реализуются в ДОУ № 1365 и 1513 Москвы.

Для слабослышащих, глухих и внезапно оглохших детей, подготовленных к совместному обучению со слышащими, может быть эффективна и иная модель **комбинированной интеграции**. Практика показывает, что таких детей в том или ином городе и близлежащих районах немного и они различны по возрасту. Этим детям можно направлять в один детский сад, в группы, соответствующие их возрасту. При этом в массовой группе должны воспитываться не более двух детей с нарушенным слухом. Данному учреждению выделяются ставки учителя-дефектолога из расчета одна ставка на 6—8 детей.

При такой организации работы учитель-дефектолог в первую или во вторую половину дня проводит с неслышащими детьми фронтальные занятия (или занятия малыми группами) и индивидуальную работу с каждым ребенком, как это предусмотрено в специальном учреждении. Остальное время дети находятся в группах вместе со слышащими сверстниками и участвуют вместе с ними во всех мероприятиях, занятиях и режимных моментах. Такая модель интеграции для детей не только с нарушенным слухом, но и с ДЦП успешно реализуется в Российской школе (г. Королев, Московская обл.).

При **полной интеграции** ребенок с нарушенным слухом воспитывается в массовом дошкольном учреждении, не получая повседневной помощи специалиста непосредственно в детском саду. Он выполняет все требования педагога наравне со слышащими товарищами по группе практически без скидок на дефект слуха. Полная интеграция может быть рекомендована слабослышащему или глухому дошкольнику с уровнем психофизического и речевого развития, равным возрастной норме или близким к ней, внятно (понятно для окружающих) говорящему, хорошо понимающему устную речь взрослых и детей и психологически готовому к обучению в среде слышащих. Все эти дети (обычно это один ребенок в детском саду) тоже нуждаются в систематической коррекционной помощи учителя-дефектолога, которую они могут получить в сурдологическом кабинете или группе кратковременного пребывания специального дошкольного учреждения.

В настоящее время появились первые **смешанные дошкольные группы**, где вместе воспитываются дети с нормальным и нарушен-

ным слухом (это уже не 1—2 неслышащих ребенка, а группа из 4—5 детей). В смешанной группе работают не только два воспитателя, но и учитель-дефектолог.

При создании смешанных групп было важно обеспечить комфортные условия развития как слышащим детям, так и дошкольникам с нарушенным слухом, поэтому соотношение нормально слышащих и неслышащих детей в них не превышает 2:1, при этом уменьшается общее количество детей в группе. В группах обучаются 10 нормально слышащих и 4—5 дошкольников с нарушенным слухом.

Сурдопедагог в первую половину дня проводит фронтальные и индивидуальные занятия по развитию речи, слухового восприятия и по обучению произношению дошкольников с нарушенным слухом. Если позволяет уровень речевого развития неслышащих детей, то занятия по формированию элементарных математических представлений организуются совместно со слышащими. Дети с нормальным слухом, имеющие те или иные нарушения речи, могут объединяться с дошкольниками с нарушенным слухом на специальных занятиях, например, на речевой ритмике.

Воспитатели в первой половине дня в основном занимаются со слышащими детьми, а во второй половине — со всей группой детей, обучая их игре, конструированию, изобразительной деятельности, проводя музыкальные и физкультурные занятия. Учитель-дефектолог помогает воспитателям правильно организовать работу со всей группой, знакомит их с приемами и методами обучения детей с нарушенным слухом. На занятиях широко используется письменная речь (таблички), воспитатель обращает особое внимание на овладение неслышащими детьми не только умениями и навыками, но и на усвоение ими речевых средств, обслуживающих ту или иную деятельность детей.

Практика показала, что в смешанную группу целесообразно включать слышащих детей, испытывающих трудности в обучении, не связанные с нарушениями в развитии, например детей неслышащих родителей, детей из двуязычных семей, детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев. В такой группе они получают необходимую им помощь, в том числе и учителя-дефектолога. Успешность их воспитания способствует также уменьшенная наполненность группы.

Постоянное общение со слышащими детьми способствует закреплению речевых умений дошкольников с нарушенным слухом, отмечается значительная активизация их устной речи. То обстоятельство, что в группе сравнительно небольшое количество детей с нарушенным слухом, способствует интенсификации коррекционного обучения, его большей индивидуализации и более высокой результативности.

Смешанные группы оказались притягательными для родителей слышащих детей. Лишь первичное их комплектование было связано со значительными трудностями. В настоящее время родители увидели преимущества группы малой наполняемости, оценили работу учителя-дефектолога и воспитателей с их детьми, особенно с теми, кто имеет определенные трудности, осознали «нормальность» детей с нарушенным слухом. Теперь уже они сами выступают инициаторами сохранения смешанной группы или открытия новой. Смешанные группы успешно работают в ДОУ № 1365 и 1513 Москвы.

Признание интеграции как одной из ведущих тенденций современного этапа в развитии помощи детям с нарушениями слуха не означает необходимости свертывания системы дифференцированного специального обучения этих детей. Напротив, эффективная интеграция возможна лишь в условиях постоянного совершенствования систем массового и специального образования. В этой области принципиально важна взвешенная государственная политика, не допускающая «перекосов» и «перегибов».

Итак, в настоящее время создана достаточно гибкая система коррекционной помощи детям с нарушенным слухом. Она предусматривает их воспитание и обучение в условиях:

специальных дошкольных учреждений и групп (в том числе и в разнообразных реабилитационных центрах),  
сурдологических кабинетов, лорстационара и групп кратковременного пребывания,  
интеграции в среду нормально слышащих детей.

Система коррекционной помощи постоянно совершенствуется. Ее развитие направлено в сторону более полной реализации как потребностей самого ребенка с нарушенным слухом, так и его семьи.

### **Вопросы и практические задания**

1. Каковы основные причины снижения слуха у детей?
2. Дайте характеристику детей с точки зрения состояния их слуха, времени его снижения, уровня владения речью и наличия или отсутствия дополнительных отклонений в развитии.
3. Какие дети относятся к категории глухих, слабослышащих, позднооглохших?
4. Какие классификации нарушений слуха используются в дошкольных и школьных учреждениях для детей с нарушениями слуха?
5. Определите основные задачи воспитания и обучения дошкольников с нарушениями слуха.
6. Назовите принципы воспитания и обучения дошкольников с нарушениями слуха.
7. Назовите и охарактеризуйте объективные и субъективные методы исследования слуха.

8. Как происходит выявление нарушений слуха у детей?
9. Дайте характеристику государственной системы раннего (с периода новорожденности) выявления детей с нарушениями слуха.
10. Что включает в себя педагогическое обследование слуха?
11. Назовите и охарактеризуйте основные виды дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха.
12. В каких учреждениях могут получить коррекционную помощь дошкольники, воспитывающиеся дома?
13. Охарактеризуйте контингент детей, получающих коррекционную помощь в сурдологических кабинетах, лорстационарах и группах кратковременного пребывания.
14. Охарактеризуйте возможности интегрированного воспитания и обучения дошкольников с нарушенным слухом.
15. Составьте схему форм коррекционной помощи дошкольникам с нарушенным слухом.

### Литература

1. Белова Н.И. Специальная дошкольная сурдопедагогика. — М., 1985.
2. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. — М., 1963.
3. Венгер А.А. Обучение глухих дошкольников изобразительной деятельности. — М., 1972.
4. Выгодская Г.Л. Обучение глухих дошкольников сюжетно-ролевым играм. — М., 1972.
5. Головниц Л.А. Коррекционное воспитание слабослышащих дошкольников с трудностями в обучении // Дефектология. — 1993. — № 4.
6. Дети с отклонениями в развитии: Методическое пособие / Сост. Н.Д. Шматко. — М., 1997.
7. Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л.П. Носковой. — М., 1993.
8. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / Под ред. Л.П. Носковой. — М., 1989.
9. Корсунская Б.Д. Воспитание глухого ребенка в семье. — М., 1971.
10. Корсунская Б.Д. Методика обучения глухих дошкольников речи. — М., 1969.
11. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Т. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. — М., 1991.
12. Нейман Л.В. Анатомия и физиология органов слуха и речи. — М., 1965.
13. Носкова Л.П. Обучение языку в дошкольных группах школ глухих. — М., 1987.
14. Педагогическая помощь детям с нарушенным слухом в сурдологических кабинетах: Инструктивно-методическое письмо. — М., 1990.
15. Программы для специальных дошкольных учреждений. Воспитание и обучение глухих детей дошкольного возраста. — М., 1991.
16. Программы для специальных дошкольных учреждений. Воспитание и обучение слабослышащих детей дошкольного возраста. — М., 1991.
17. Рау Н.А. Дошкольное воспитание глухонемых. — М., 1947.



18. Сурдопедагогика / Под ред. М. И. Никитиной. — М., 1989.
19. Трофимова Г. В. Развитие движений у дошкольников с нарушениями слуха. — М., 1979.
20. Шматко Н. Д., Пельмская Т. В. Если малыш не слышит. — М., 1995.
21. Шматко Н. Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. — 1999. — № 1, 2.
22. Шматко Н. Д. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии // Дошкольное воспитание. — 1998. — № 3.

## **Глава 6. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ**

### **1. ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

К детям с нарушением зрения относятся:

слепые с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором его острота равна 0,05 и ниже на лучше видящем глазу;

слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией;

дети с косоглазием и амблиопией.

Слепота — наиболее резко выраженная степень утраты зрения, когда невозможно или сильно ограничено зрительное восприятие окружающего мира вследствие глубокой потери остроты центрального зрения или сужения поля зрения, или нарушения других зрительных функций. Наиболее выраженные с клинической и тифлопедагогической точек зрения формы детской слепоты характеризуются тем, что нарушаются функции различных зрительных структур в результате органических поражений зрения. Раннее наступление слепоты особенно неблагоприятно сказывается на психофизическом развитии детей.

По степени сохранности остаточного зрения различают абсолютную (тотальную) и практическую слепоту. При абсолютной слепоте на оба глаза полностью выключены зрительные ощущения. При практической слепоте наблюдается остаточное зрение, при котором сохраняется светоощущение или форменное видение. Светоощущение позволяет отличать свет от тьмы. При остаточном форменном зрении имеется возможность фиксировать пальцы вблизи лица, воспринимать свет, цвет, контуры, силуэты предметов на близком расстоянии.

Остаточное зрение характеризуется:

неравнозначностью взаимодействия различных зрительных функций и несоответствием их параметров;

неустойчивостью зрительных возможностей и снижением скорости и качества переработки информации;

наступлением быстрого утомления из-за снижения функциональных возможностей зрения.

*Слепота у детей бывает врожденной и приобретенной. Врожденная слепота чаще всего является следствием повреждений или заболеваний плода в период внутриутробного развития.*

У слепых и слабовидящих детей преобладающей причиной возникновения глазных заболеваний является врожденная патология глаз, недоразвитие зрительной системы на фоне общего соматического ослабления здоровья.

Причиной врожденной патологии зрения может быть наследственный фактор, обуславливающий появление катаракты, глаукомы, патологии сетчатки, атрофии зрительного нерва, близорукости и др.; иногда факторов, обуславливающих снижение зрения, может быть несколько.

Причинами врожденных заболеваний и аномалий развития органа зрения могут быть различные заболевания матери во время беременности (грипп, другие вирусные заболевания, обострение хронических болезней).

Определенное место среди причин глубокого нарушения зрения занимают алкогольные и никотиновые интоксикации, авитаминозы. Среди детей с нарушением зрения следует выделить группу недоношенных детей с ретинопатией (снижение чувствительности сетчатки), при которой чаще всего наступает тотальная слепота.

Врожденная атрофия зрительного нерва наблюдается как самостоятельное заболевание, причина которого наследственные или врожденные аномалии. Частичная атрофия зрительного нерва может быть сопутствующим нарушением при других глазных заболеваниях.

При атрофии зрительного нерва нарушения произвольных и непроизвольных движений глаз могут быть связаны с поражением ЦНС. Поражения зрительно-нервного аппарата органа зрения, приводящие к слепоте, являются не только следствием различных заболеваний ЦНС, но и результатом травм, инфекционных и других заболеваний. При атрофии зрительного нерва на лучше видящем глазу сохраняется форменное зрение.

Дети, имеющие остроту центрального зрения 0,05—0,08 и более высокую, в процессе обучения могут пользоваться зрением. Однако функциональные возможности зрения зависят от состояния зрения лучше видящего глаза и таких зрительных функций, как цветовое и периферическое зрение, и прежде всего от остроты центрального зрения. Известно, что при атрофии зрительного нерва хуже видящий глаз не принимает участия в акте зрения.

Слабовидение — это значительное снижение остроты зрения, при котором центральное зрение на лучше видящем глазу находится в пределах 0,05—0,2 или выше — 0,3 при использовании оптической коррекции. К слабовидящим относят и тех детей, острота зрения которых может быть и более высокой, если при этом глазное заболевание прогрессирует.

Слабовидение возникает вследствие глазных болезней на фоне общего заболевания организма. Чаще всего причиной слабовидения является аномалия рефракции. Наиболее распространенная ее форма — миопия (близорукость), достаточно часты гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм.

Высокая степень аномалии рефракции (аметропия) наблюдается при изменениях размера глазного яблока. При миопии оно увеличено в осевом размере, при гиперметропии — уменьшено. При близорукости луч преломляется средой глаза так, что фокусируется впереди сетчатки. Изображение бывает расплывчатым и предметы видны неясно. Чем выше близорукость, тем ниже острота зрения. Иногда наблюдается осложненная прогрессирующая близорукость, сопровождающаяся серьезной патологией глаз.

При дальнозоркости изображение предметов фокусируется позади сетчатки, поэтому получается неясным и расплывчатым. При большой степени дальнозоркости (8,0D — 10,0D и выше) значительная нагрузка ложится на функцию аккомодации. Результатом такого напряжения является зрительное утомление во время работы на близком расстоянии, из-за чего сливаются и становятся неясными буквы, начинаются головные боли.

Одной из причин слабовидения является также астигматизм — аномалия преломляющей способности глаза, при которой в одном глазу наблюдается сочетание различных видов рефракции. Астигматизм не всегда корригируется очками, поэтому у детей возникают трудности видения объема, глубины, удаленности объектов, так как у детей чаще всего отсутствует бинокулярное видение.

Причиной слабовидения может быть альбинизм. Эта врожденная аномалия, которая характеризуется отсутствием пигмента в сосудистой и радужной оболочках глаза, в ресницах, бровях и коже. Дети при этом нарушении испытывают светобоязнь, у них снижается острота зрения.

Часто причиной слабовидения является атрофия сетчатки, зрительного нерва, нистагм и другие глазные заболевания.

При слабовидении так же, как при слепоте, дефекты зрения делятся на прогрессирующие и стационарные. К прогрессирующим относятся случаи первичной и вторичной глаукомы, атрофии зрительных нервов, пигментная дегенерация сетчатки, злокачественные формы близорукости, отслойка сетчатки и др. К стационарным (пороки развития) — микрофтальм, альбинизм, дальнозоркость, астигматизм высоких степеней, а также непрогрессирующие последствия заболеваний и операций (стойкие помутнения роговицы, катаракта), послеоперационная афакия и др.

При слабовидении так же, как и при слепоте с остатком зрения, могут быть нарушения цветоразличения. Степени выраженности цветоаномалий неодинаковы и зависят от глазного заболевания.

Нарушения рефракции часто сопровождаются снижением цветовосприимчивости. Близорукость характеризуется нормальным цветовосприятием. К некоторым нарушениям цветовосприимчивости могут привести изменения на глазном дне. Заболевания хрусталика чаще всего не сказываются на цветовосприятии. Осложнение цветовосприимчивости характерно для дистрофии сетчатки, при которой наблюдается снижение порога чувствительности между красным и зеленым цветами. Частичная атрофия зрительных нервов может вызвать понижение чувствительности к цвету.

При врожденной атрофии зрительного нерва наблюдается снижение чувствительности красного, зеленого и синего цветов.

Таким образом, слабовидение характеризуется разнообразием нарушений зрительных функций, разным уровнем их сохранности и возможности взаимной компенсации, степенью выраженности патологии. В отличие от остаточного зрения слабовидение дает больше возможностей для использования зрительного анализатора как ведущего в познании окружающего мира. Это главная особенность, отличающая слабовидение от остаточного зрения.

Косоглазие и сопровождающая его амблиопия проявляются в нарушении бинокулярного видения, в основе которого лежит поражение различных отделов зрительного анализатора и его сенсорно-двигательных связей. Косоглазие не только приводит к расстройству бинокулярного видения, но и препятствует его формированию. Косоглазие возникает вследствие понижения остроты зрения одного или обоих глаз из-за нарушения рефракции (преломляющей способности глаза), расстройства аккомодации (приспособления глаза к рассматриванию предметов на разных расстояниях) и конвергенции (сведение осей глаз для видения предметов на близком расстоянии).

Физиологическим механизмом приспособления глаза к рассматриванию предметов на разных расстояниях является аккомодация, в результате действия которой в норме происходит фокусирование изображения на сетчатке глаза. Аккомодация осуществляется за счет взаимодействия цилиарного тела, цинной связки и хрусталика. При правильном сокращении круговых волокон цилиарной мышцы и соответствующем расслаблении цинной связки и сумки хрусталика происходит фокусирование изображения на центральной ямке сетчатки.

Термин «косоглазие» объединяет различные по происхождению и локализации поражения зрительной и глазодвигательной систем, вызывающие периодическое или постоянное отклонение (девиацию) глазного яблока.

Косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения. В зависимости от того,

куда отклонен глаз, наблюдается внутреннее, или сходящееся, и наружное, или расходящееся, косоглазие, а также косоглазие кверху и книзу. В ряде случаев может быть одновременно горизонтальное и вертикальное отклонение глаз.

Сходящееся косоглазие (глаз косит в сторону носа) встречается в 10 раз чаще, чем расходящееся. Оно в 70—80 % случаев сочетается с дальнозоркой рефракцией.

Расходящееся косоглазие сопровождается примерно в 60% случаев близорукостью рефракцией. Есть основание полагать, что близорукость может быть одним из факторов, способствующих возникновению расходящегося косоглазия.

Косоглазие бывает односторонним (монолатеральным) — косит постоянно один глаз — и двусторонним (альтернирующим) — попеременно косят оба глаза. При альтернирующем косоглазии зрение, как правило, достаточно высокое и одинаковое в обоих глазах. Постоянное косоглазие сложнее альтернирующего (то косит, то не косит), так как при нем в результате постоянного отклонения одного глаза, при отсутствии фузии (слияния двух изображений) довольно быстро развивается амблиопия.

Нарушение слияния двух изображений в одно может возникнуть вследствие усиленной (при дальнозоркости) или ослабленной (при близорукости) аккомодации и связанной с ней конвергенции (сведение осей глаз). Такое косоглазие называется аккомодационным, а все другие формы содружественного косоглазия — неаккомодационными. При аккомодационном косоглазии, которое встречается в 25—40 % случаев, ношение очков приводит к симметричному положению глаз. Неаккомодационное косоглазие требует длительного комплекса лечения, включая оперативное вмешательство. Успех в этом случае зависит от времени выявления косоглазия, степени амблиопии и начала восстановительного лечения. Чем раньше оно начато, тем больше возможностей для получения положительных результатов, что, однако, удастся сделать весьма нечасто потому, что сами родители не всегда способны определить дефект зрения.

В нормальных условиях на рассматриваемый объект (точку фиксации) направлены зрительные оси обоих глаз. Два изображения фиксируемого объекта, падающие на центральные ямки сетчаток глаз, сливаются в видимое изображение.

Под влиянием неблагоприятных условий высокая и точная согласованность деятельности обеих половин зрительного анализатора может нарушиться, что приведет к расстройству бинокулярного зрения. При косоглазии зрительная ось одного глаза отклоняется от совместимой точки фиксации. В таком случае изображения объекта падают на неидентичные точки сетчаток правого и левого глаза, становятся несовместимыми, появляется тенденция к двоению зри-

тельного изображения, затрудняется ориентировка в пространстве. Центральная нервная система принимает активные меры к тому, чтобы изображение, воспринимаемое с отклоненного глаза, подавлялось, из-за чего на нем возникает функциональная скотома.

Острота зрения отклоненного глаза понижается, развивается амблиопия этого глаза. Функции зрения выполняет один глаз.

Термином «амблиопия» обозначают такие формы поражения зрения, которые не имеют видимой анатомической или рефракционной основы. Наиболее частой причиной амблиопии у детей бывает косоглазие, или страбизм, — не параллельность оптических осей глаза, при этом в 85—90 % случаев косоглазия наблюдается разная степень снижения зрения, т. е. появление амблиопии.

В зависимости от степени понижения остроты зрения различают амблиопию слабой (острота зрения 0,8—0,4), средней (острота зрения 0,3—0,2), высокой (острота зрения 0,1—0,05) и очень высокой (острота зрения 0,04 и ниже) степени (Э. С. Аветисов, 1963).

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

*Дисбинокулярная* амблиопия возникает вследствие расстройства бинокулярного зрения. Понижение зрения развивается вследствие косоглазия. Дисбинокулярная амблиопия может быть двух видов: амблиопия с правильной (центральной) фиксацией (фиксирующий участок — центральная ямка сетчатки) и амблиопия с неправильной (нецентральной) фиксацией (фиксирующим становится любой другой участок сетчатки). Последняя встречается в 70—75% случаев.

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

Анизометропия — неодинаковая рефракция обоих глаз, в результате которой наблюдается неодинаковая величина изображения предметов на сетчатках обоих глаз. Это препятствует слиянию обоих изображений в один зрительный образ и служит причиной для появления рефракционной амблиопии.

*Обскурационная* амблиопия развивается в результате помутнения оптических сред глаза (катаракты, помутнения роговицы), преимущественно врожденных или рано приобретенных.

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

Иногда амблиопия может быть причиной косоглазия. Это происходит в тех случаях, когда один глаз имеет значительное снижение остроты зрения (до 0,3—0,4 и ниже), при котором невозможно слияние изображений. В этом случае глаз с низкой остротой зрения не участвует в акте зрения, что приводит к косоглазию.

Осуществление коррекции амблиопии возможно при правильно организованной коррекционно-педагогической работе с использованием специальных оптических и технических средств коррекции и компенсации, а также упражнений и дидактических заданий, стимулирующих деятельность сетчатки глаза для повышения остроты зрения.

Таким образом, понимание структуры зрительного дефекта позволяет организовать не только соответствующую медицинскую помощь, но правильно осуществлять психолого-педагогическую коррекционную работу.

Как известно, зрительный дефект обуславливает в целом весь ход психического развития ребенка, поэтому необходима специальная медико-психолого-педагогическая помощь, позволяющая восполнить недостаточность зрительной информации и нормализовать формирование личности ребенка.

## **2. СИСТЕМА ДОШКОЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ**

Для детей с нарушением зрения открыты дифференцированные дошкольные учреждения и дошкольные группы при детских садах и школах-интернатах:

детские сады, ясли-сады и дошкольные группы для слепых детей;

детские сады, ясли-сады и дошкольные группы для слабовидящих детей;

детские сады, ясли-сады и дошкольные группы для детей с косоглазием и амблиопией.

В настоящее время существует сеть специальных дошкольных учреждений смешанного вида, куда поступают в основном дети с косоглазием и амблиопией, некоторое количество слабовидящих и незначительное количество слепых детей.

Целью данных учреждений является обеспечение лечения, возможного восстановления зрения и предупреждение ухудшения его состояния, а также создание коррекционно-компенсаторных условий в процессе обучения и воспитания с целью предупреждения появления вторичных отклонений при раннем выявлении глазной патологии, и преодоление, ослабление или устранение недостатков познавательной деятельности, физических отклонений,



некоторых нежелательных личностных качеств детей с нарушением зрения.

Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения работают по специальной программе, построенной с учетом своеобразия развития детей и особенностей формирования их познавательной деятельности, двигательной сферы и качеств личности.

Обучение детей направлено на всестороннее развитие, коррекцию и компенсацию имеющихся у детей с нарушением зрения недостатков развития, обусловленных степенью и характером зрительного дефекта.

Обучение детей с нарушениями зрения в детском саду осуществляется на занятиях с группой 10 человек слепых и слабовидящих детей или 10—12 детей с косоглазием и амблиопией. Занятия носят фронтальный, подгрупповой или индивидуальный характер.

Содержание обучения и воспитания детей с нарушением зрения направлено на решение общих и специальных задач формирования знаний, навыков и умений, обеспечивающих слепым, слабовидящим и детям с косоглазием и амблиопией успешное поступление в школу. Специальные программы разработаны на основе программы воспитания в общеобразовательном детском саду. Наряду с этим введены специальные разделы по развитию зрительного восприятия и формирования предметных представлений, социальной адаптации и ориентировке в пространстве, развитию осязания, слухового восприятия, лечебной физкультуре, ритмике, коррекции нарушений речи.

Методы обучения в дошкольных учреждениях строятся на основе общедидактических принципов обучения и с учетом особенностей развития детей с нарушением зрения, способов их восприятия (зрительного или осязательного), познавательной деятельности и компенсаторных возможностей.

Применение специальных методов и приемов направлено на коррекцию зрительного восприятия, предметных представлений, ориентировки в пространстве, преодоление недостатков речевого развития, предметно-практической деятельности и т. д. Важное место в обучении занимает наглядность, которая адаптируется к условиям восприятия (зрительного или осязательного), широко используются оптические средства коррекции зрительного восприятия наглядно-иллюстративного материала. Для преодоления вербализма предметных представлений и расширения чувственного опыта проводится специальная работа по ознакомлению с окружающей действительностью на экскурсиях и наблюдениях, при этом важная роль отводится регулирующей роли речи как средства компенсации слепоты и слабовидения. Для коррекции недостатков развития предметно-практических действий используется метод по-

этапного, пооперационного выполнения заданий в ручном труде, конструировании, лепке, аппликации и т. д.

В результате комплексного подхода к обучению и воспитанию детей формируется деятельность ребенка и его взаимодействие с окружающей действительностью и людьми.

Правильному развитию ребенка способствует организация преемственности между обучением в детском саду и школах-интернатах для детей с нарушением зрения, а также между общественным и семейным воспитанием. Важное место в педагогическом процессе занимает работа по преемственности и взаимосвязи коррекционно-воспитательной и лечебно-восстановительной работы, по развитию и активизации зрения, его охране, а также укреплению общего состояния здоровья.

Детский сад, ясли-сад для детей с косоглазием и амблиопией — специальное учебно-воспитательное учреждение, предназначенное для лечения, воспитания и обучения детей раннего и дошкольного возраста.

Дошкольные учреждения для детей с косоглазием и амблиопией входят в систему образования и открываются отделами образования совместно с отделами здравоохранения.

Общее педагогическое руководство осуществляется отделами образования, а ответственность за обеспечение лечения возлагается на отделы здравоохранения.

В дошкольные учреждения — ясли-сад принимаются дети с 2 до 7 лет.

Отбор детей осуществляется на основе медицинского заключения и психолого-педагогического обследования психолого-медико-педагогических комиссий. Методика обследования представляет собой серии игровых заданий, позволяющих выявить уровень психофизического развития ребенка определенного возраста.

Решение о зачислении в учреждение, о выводе из него принимаются психолого-медико-педагогической комиссией.

Основной целью дошкольных учреждений для детей с косоглазием и амблиопией является оказание комплексной помощи детям.

Обучение и воспитание включает задачи:

уточнение уровня психофизического развития и организация соответствующих условий для обучения и воспитания;

обеспечение общего уровня развития, воспитания и обучения;

создание коррекционных условий для преодоления отклонений в психофизическом развитии.

Основные программно-методические документы, регламентирующие деятельность дошкольных учреждений для детей с косоглазием и амблиопией, разработаны в Институте коррекционной педагогики, а содержание лечения в условиях дошкольного учреждения разработаны Институтом глазных болезней им. Гельм-

гольца. В содержании обучения и воспитания учитываются задачи, требования и рекомендации лечебно-восстановительной работы. Во всех видах детской деятельности предусматривается тренировка — упражнения для активизации зрительных функций. Развитие зрительного восприятия осуществляется на специальных коррекционных занятиях, а также в процессе игры, общеобразовательных занятий и повседневной жизни.

Коррекционные занятия по развитию зрительного восприятия, ориентировке в пространстве, социально-бытовой ориентировки проводятся учителем-дефектологом (тифлопедагогом).

Занятия по преодолению недостатков речевого развития проводятся логопедом, при этом дети объединяются в подгруппы в соответствии с уровнем речевого развития, т.е. приблизительно с одинаковым состоянием лексики, грамматики, фонетики, связной речи.

Кроме того, с детьми проводятся специальные занятия по лечебной физкультуре, ритмике, так как у детей с нарушением зрения наблюдаются отклонения в развитии двигательной сферы.

Весь учебно-воспитательный процесс в детском саду строится с учетом требований лечебно-восстановительной работы.

*Консультативные группы для детей с нарушением зрения*, не посещающих дошкольные учреждения, возникли как необходимость оказания помощи семье в воспитании слепых и слабовидящих детей.

Данные группы создаются как при государственных, так и при общественных, частных и других дошкольных учреждениях.

Комплектование групп осуществляется медико-психолого-педагогическими комиссиями, работающими в системе образования. В группы зачисляются дети с момента выявления первичного дефекта (нарушения зрения).

Работа с детьми осуществляется как на базе дошкольного учреждения, так и в условиях семьи.

Основной целью консультативных групп является:

выявление детей с нарушением зрения, не посещающих дошкольные учреждения и нуждающихся в комплексной медико-психолого-педагогической помощи;

консультирование родителей в связи со своеобразием, особенностями психофизического развития ребенка и разработка совместно с родителями программы его обучения и воспитания;

обучение родителей методам, средствам и приемам воспитания и обучения детей с нарушением зрения в условиях семьи;

проведение коррекционных занятий тифлопедагогом в присутствии родителей и с их помощью в дошкольном учреждении и домашних условиях;

изучение успешности в развитии и продвижении ребенка в процессе обучения и воспитания и составление в процессе обследования

ния индивидуальных карт динамики психофизического развития ребенка.

Консультативные группы устанавливают связь между семьей и другими учреждениями, которые должны оказывать помощь родителям как в настоящий момент, так и в будущем.

Однако данные группы только начинают функционировать, поэтому необходимы специальные номенклатурные акты, регламентирующие их деятельность.

### **3. УСЛОВИЯ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ**

Дети с нарушениями зрения ограничены в непосредственном зрительном восприятии окружающего мира, они плохо видят отдаленные объекты: дома, движущиеся предметы, птиц на деревьях, самолет в небе и т. д. Поэтому, чтобы обеспечить детям обстановку, благоприятствующую процессу обучения, необходимо:

- 1) создать соответствующие условия для зрительного восприятия;
- 2) оптимально использовать наглядные пособия;
- 3) применять специальные методы обучения и вести коррекционно-педагогическую работу с учетом особенностей нарушения зрения каждого ребенка;
- 4) подходить к обучению индивидуально, учитывая психофизиологические особенности детей.

Для зрительного восприятия благоприятны такие условия: достаточная освещенность помещения, удобное размещение детей за столами, расположение наглядного материала на уровне глаз детей и на доступном расстоянии, соответствующая длительность зрительных нагрузок, организация во время занятий разнообразных коррекционных упражнений для зрения.

В понятие достаточной освещенности помещения входит: яркость фона, равномерное распределение яркости в поле зрения, устранение слепящего действия источников света, а также резких и глубоких теней, приближение спектра излучения искусственных источников к спектру дневного света. Предпочтительнее всего иметь в детских садах светильники типа СК-300, в комнате размером 62 кв. м. размещается 6 светильников, общая электро мощность составит 1800 Вт, а удельная мощность на 1 кв. м. — 30 Вт.

Правильное размещение светильников (в два ряда по три светильника, расстояние от стен до светильников 1,5 м, между рядами 3 м) обеспечивает равномерное освещение.

Для обеспечения достаточной освещенности рабочего места столы, за которыми сидят дети, ставят не далее чем 0,5 м от к светонесущей стены, так, чтобы свет падал слева. Не рекомендуется

закрывать шторами верхнюю часть окна, занавески надо располагать по краям оконных проемов. Детей с низкой остротой зрения следует усаживать за первые столы, ближе к окнам.

Мебель должна быть подобрана по росту детей. Важно следить за правильной посадкой детей за столом в течение всего занятия. Воспитатель постоянно смотрит за тем, чтобы дети не снимали очки и не смотрели поверх стекол, как это часто делают дети младшего дошкольного возраста.

В обучении дошкольников чаще всего используется наглядный метод в сочетании со словесным. Так как у детей с нарушениями зрения страдают различные зрительные функции (острота зрения, бинокулярность, сужение или выпадение поля зрения, поля зрения и цветоразличений и т. д.), к использованию наглядного материала и его демонстрации предъявляются специальные требования. Для знакомства с предметами и явлениями окружающей жизни следует использовать сами предметы или их реалистическое изображение. Предметы и объекты, которые демонстрируют фронтально, т. е. для всех детей одновременно, располагают на доступном для зрительного восприятия расстоянии. Не следует задавать вопросы, пока воспитатель не убедился в том, что ребенок видит то, о чем его спрашивают.

Во время рассматривания картины дети должны подходить к ней, чтобы видеть, что на ней изображено, при этом воспитатель направляет внимание детей на выделение в картине главных и второстепенных объектов, побуждает детей к активному анализу содержания.

Следует учитывать, что детям с нарушениями зрения значительное время требуется на то, чтобы рассмотреть предметы, выделить их характерные признаки. Зная особенности зрительного восприятия детей, воспитатели должны способствовать полноценному познанию детьми окружающего мира. Все предметы, с которыми сталкиваются дети, должны быть ими всесторонне обследованы. Индивидуальный иллюстративный материал: игрушки, рисунки и другие предметы — детям следует рассматривать на расстоянии не менее 30—35 см от глаз (расстояние от локтя до кончиков пальцев). Такое расстояние является наиболее оптимальным для зрительной работы.

Для рисования хорошо использовать мольберты, а при рассматривании иллюстраций на стол следует ставить подставку для книг. Это позволяет ребенку работать, не наклоняясь над столом.

Доска должна быть покрашена в темно-зеленый цвет и не иметь бликов. Мел должен быть мягким и хорошего качества; хорошо использовать цветные мелки. При показе практических действий (вырезывание, лепка, рисование, конструирование и др.) воспитатель позволяет детям подойти к нему, чтобы видеть, как выпол-

няется работа. Для улучшения зрительного восприятия и предупреждения быстрого утомления следует помнить о необходимости достаточного контраста между фоном, на котором идет демонстрация, и самим демонстрационным материалом. При демонстрации того или иного предмета надо убрать из поля зрения лишние объекты. На 5—7-й минуте, если работа идет на близком для зрения расстоянии, проводить физкультурные минутки для снятия зрительного утомления.

#### 4. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОМ САДУ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

«Врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития — естественный и культурный — совпадают и сливаются один с другим», — пишет Л. С. Выготский [2, с. 163].

В отличие от нормально развивающихся, «у дефективного ребенка такого слияния не наблюдается», а причиной этого является «органический дефект», которой «вызывая выпадение отдельных функций», нарушает тем самым «врастание ребенка в культуру».

Исходя из этого, коррекционная работа выступает как регулирующая и активизирующая все психические процессы ребенка с нарушением зрения. Эффективность коррекционной работы зависит от понимания педагогом целей, задач и роли коррекционной работы в преодолении недостатков в развитии детей с нарушением зрения.

Именно поэтому важно знать ряд принципов, которые определяют эффективность коррекционной помощи. Коррекционная работа является средством оказания помощи ребенку при овладении определенным опытом общения с окружающим миром. При этом она должна быть направлена на формирование способностей адекватно отражать суть объектов и явлений действительности, что необходимо для самопроявления ребенка в различных видах деятельности, и на развитие потенциальных возможностей его психики.

Одним из принципов коррекционной работы является ее *превентивная (предупреждающая) направленность*, позволяющая решать задачи опережающего характера по предотвращению отклонений в психофизическом развитии детей с нарушением зрения.

Успешность коррекционной работы в этом случае зависит от сроков выявления детской патологии и своевременной организации коррекционной помощи в семье или в условиях специального дошкольного учреждения. При этом важно прогнозировать резуль-

таты коррекционно-компенсаторной помощи в развитии и становлении личности ребенка не только на ближайшее будущее, но, исходя из прогноза восстановления, сохранения и развития зрения, определить дальнейшие перспективы его социальной адаптации, абилитации или реабилитации.

Другим, не менее важным является *принцип пропедевтической направленности* коррекционной работы. Осуществление его позволяет подготовить ребенка с нарушением зрения к различным видам детской деятельности: игре, занятиям, труду. В связи с тем, что у детей с нарушением зрения существуют специфические трудности чувственной ориентировки, необходимо обеспечить им различные социально-адаптивные способы ориентации в окружающем мире. Например, применительно к овладению рисованием, необходим пропедевтический курс обучения детей навыкам обследования природы, постановки руки, формообразующих движений. Таким образом, формируются те социально-адаптивные навыки, которые позволяют детям, занимаясь той или иной конкретной деятельностью, успешно опираться на сохраненные анализаторы, речь и мышление.

Такие же пропедевтические курсы необходимы для подведения ребенка с нарушением зрения к игре, когда его следует научить игровым, ролевым действиям, развить представления об окружающем мире для сюжетного обогащения игры.

Таким образом, пропедевтическое значение коррекционной работы состоит в сближении ребенка с нарушением зрения с окружающим миром, в подготовке к обучению, воспитанию у него специальных социально-адаптивных способов ориентации при овладении теми или иными знаниями, навыками и умениями. Без пропедевтической работы детям с нарушением зрения невозможно в полном объеме, соответственно возрастным возможностям овладеть знаниями, войти в общеобразовательный процесс.

Говоря о развитии высших психических функций, Л. С. Выготский охватывает две взаимосвязанные группы явлений. «Это, во-первых, процессы овладения внешними средствами культурного развития и мышления, языком, письмом, счетом, рисованием; во-вторых, процессы развития специальных высших психических функций, не ограниченных и не определенных сколько-нибудь точно и называемых в традиционной психологии произвольным вниманием, логической памятью, образованием понятий и т.п. Те и другие, взятые вместе, и образуют то, что можно условно называть процессом развития высших форм поведения ребенка» [2, с. 37].

Однако до того периода, как высшие психические функции проявятся в качестве регуляторов компенсаторных процессов восприятия, необходимо, чтобы перцептивные действия, предметные действия и их образы в мышлении, речи и памяти были адекватны друг

другу. Но тем и отличаются дети с нарушением зрения, что в процессе мышления и речи они используют образы, за которыми нет достаточной чувственной основы, они не располагают специальными коррекционно-компенсаторными способами восполнения недостающей зрительной информации за счет активного включения всех сохранных анализаторов и высших психических функций.

В связи с этим мы выделяем **принцип преобразующей, трансформирующей направленности** коррекционной работы. Сущность его состоит в формировании новых обходных способов ориентации в окружающей действительности, когда у детей появляются специальные знания, навыки и умения, основанные на перестроенном взаимодействии всех психических функций, и недостаточность зрения восполняется за счет полисенсорных связей сохранных анализаторов, усиления регулирующей роли речи, мышления, памяти, т. е. когда активизируется и расширяется роль и значение других психических функций.

Весьма важен **принцип дифференцированного подхода** к коррекционной работе, которая организуется с каждой группой детей, в зависимости от степени выраженности зрительного дефекта, характера зрения и уровня развития познавательных возможностей.

Следует выделить группу слепых и слабовидящих, а также детей с косоглазием и амблиопией, поскольку у последних наблюдаются свои специфические трудности ориентации в окружающем мире и способах познания.

Наряду с этим укажем на необходимость выделить **принцип оптимальной информационной наполненности** коррекционной работы. Все ее формы и средства должны служить обеспечению наиболее полного общения и самопроявления ребенка на основе его возможностей, потребностей и склонностей. Познавательный процесс у ребенка с патологией зрения значительно обеднен. Именно в этих условиях информационный дидактический материал может иметь большое корректирующее влияние. Предоставление информации в форме, доступной для ребенка, является важным условием успешности его социальной адаптации. Критерием доступности и целесообразности информационного содержания коррекционной работы является его адекватность познавательным возможностям ребенка с нарушенным зрением. В результате соответствующей коррекционной работы у ребенка возрастают адаптивные качества.

Важное значение в коррекции имеет **принцип единства педагога и ребенка**, включающий такие критерии, как: 1) адекватность содержания психолого-педагогического воздействия состоянию и уровню психофизического развития ребенка с нарушением зрения; 2) оптимальная направленность коррекционной работы и ее процессов на достижение объективно обоснованных целей; 3) обеспе-



ченность практического взаимодействия ребенка с реальным миром. Особое значение для коррекционного воздействия имеет взаимопонимание между педагогом и ребенком. Педагог внимательно изучает ребенка и помогает ему в процессе организованной деятельности, которая строится с учетом его интересов, склонностей и познавательных возможностей. Эмоциональный комфорт ребенка в большей мере зависит от степени его доверия к педагогу как главному посреднику между ним и окружающей действительностью.

Субъективное и извращенное понимание ребенком окружающей действительности возникают там, где ребенок с нарушением зрения не получает должной поддержки и помощи взрослого при осмыслении им познаваемых фактов жизни. Главным средством положительного воздействия является прежде всего сам педагог и его педагогическое мастерство, его умение понимать психику ребенка, использовать богатый арсенал приемов и способов психолого-педагогического корригирующего воздействия, постоянное стремление удовлетворять все потребности ребенка в познании окружающего мира. При логично поставленных целях и оправданных средствах, содержании и методах можно достичь максимальных результатов в коррекции недостатков психофизического развития детей и формировании у них социально-адаптивных способов ориентации в окружающем мире.

Доступность содержания коррекционной работы обеспечивается созданием вариантных условий восприятия, учитывающих зрительные возможности детей.

Важнейшее условие успешности коррекционной работы — это обеспечение практического действия ребенка. Важно, чтобы у него была постоянная возможность убеждаться в правильности, достоверности, истинности совершаемых действий, чтобы он мог в результате конкретных практических действий достигнуть желаемой цели.

## **5. СОДЕРЖАНИЕ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В ДЕТСКОМ САДУ**

Программы обучения и воспитания детей в детском саду созданы на основе общедидактических и тифлопедагогических принципов и обеспечивают всестороннее развитие детей с нарушением зрения и успешную их подготовку к обучению в школе. Большое внимание в программах уделяется овладению детьми различными видами деятельности, при этом важным условием является комплексный подход к организации коррекционно-воспитательной работы.

Эффективная работа детского сада возможна при обязательном обеспечении условий для системного, комплексного, непрерыв-

ного воспитания и обучения детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста (выделены периоды созревания зрительной системы ребенка).

Основными принципами организации и коррекционно-педагогического и образовательного процессов являются:

учет общих, специфических и индивидуальных особенностей развития детей с нарушением зрения;

комплексный (клинико-физиологический, психолого-педагогический) подход к диагностике и коррекционной помощи детям с нарушением зрения;

модификация учебных планов и программ, увеличение сроков обучения, перераспределение учебного материала и изменение темпа его прохождения на основе преемственности школьного курса с дошкольным при соблюдении дидактических требований соответствия содержания обучения познавательным возможностям детей;

дифференцированный подход к детям в зависимости от состояния их зрения и способов ориентации в познании окружающего мира, включая применение специальных форм и методов работы с детьми, оригинальных наглядных пособий, тифлотехнических и оптических средств коррекции, в условиях уменьшенной наполняемости групп и применения методики индивидуально-подгруппового обучения;

обеспечение стандарта общеобразовательной подготовки в условиях непрерывности дошкольно-школьного воспитания, обучения и лечения детей с нарушением зрения;

система работы по социально-бытовой адаптации и самореализации детей с нарушением зрения;

создание офтальмогигиенических условий в учебных классах, групповых комнатах и лечебных кабинетах и специального распорядка жизни, лечения, воспитания и обучения с учетом интересов, способностей и потребностей ребенка.

### **Физическое воспитание**

Наряду с общими задачами охраны и укрепления здоровья физическое воспитание направлено на преодоление недостатков физического развития детей с нарушением зрения. Нарушение зрения отрицательно влияет на овладение детьми движениями, ориентировкой в пространстве, что приводит к гиподинамии и сказывается на общем физическом развитии детей и состоянии здоровья.

Поэтому физическое воспитание включает ряд специальных коррекционных задач, определяющих процесс преодоления недостатков физического развития:

достижение соответствующего возрастным особенностям уровня развития основных движений, физических качеств (быстроты,

точности, выносливости, равновесия), а также ориентировки в пространстве, координации движений;

коррекция здоровья и физического развития путем применения специальных средств и методов, способствующих повышению функциональных возможностей, укрепляющих опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистую и дыхательную системы, развивающих и восстанавливающих зрение и зрительно-двигательную ориентировку;

преодоление недостатков (скованности, малоподвижности, неуверенности, боязни пространства), возникающих на фоне зрительной патологии при овладении движениями;

активизация и упражнение зрительных функций в процессе физического воспитания, осуществляемые в тесной взаимосвязи с лечебно-воспитательной работой.

Наряду с общепедагогическими задачами и мероприятиями, физическое воспитание детей с нарушением зрения предусматривает проведение специальных занятий пропедевтического характера, особенно с теми детьми, которые не могут овладеть программой при фронтальных методах обучения. Значительное внимание уделяется развитию ориентировки в пространстве, формированию точности и координации движений.

Содержание спортивных и подвижных игр предусматривает развитие зрительно-двигательных навыков с опорой на полисенсорные взаимосвязи, речь, мышление, т. е. формирование компенсаторных путей развития детей с нарушением зрения.

### **Трудовое обучение**

Дети с нарушением зрения при поступлении в специальное дошкольное учреждение иногда оказываются беспомощными в самообслуживании. Это может быть результатом большой недооценки возможностей детей с нарушением зрения со стороны взрослых. Поэтому в детском саду следует обеспечивать условия для преодоления таких недостатков и проводить систематическую работу по воспитанию самостоятельности.

Сознавая большую воспитательную значимость разных видов труда, педагогам следует вместе с тем осторожно подходить к увеличению объема труда, исходя при этом из соображений педагогической целесообразности. Кроме того, следует помнить, что для трудовой деятельности должны быть созданы необходимые офтальмо-гигиенические условия. Это особенно касается содержания и методики организации ручного труда. В условиях специального детского сада для детей с нарушением зрения тому или иному виду труда, например ручному, можно обучать только при обеспечении специальных условий и средств, направленных на преодоление

трудностей зрительной недостаточности и сложностей развития предметно-практических действий.

Основным примером работы является поэтапный показ действий с последующим выполнением их детьми. Предметно-практические действия формируются вначале по показу и образцу, а на более поздних периодах — по словесному пояснению, инструкции.

Исходя из возможностей зрения ребенка у него следует развивать зрительный анализ и формировать предметные образы и предметно-практические действия.

При этом важно обеспечить условия, позволяющие детям зрительно воспринимать показываемые действия, например, педагог приглашает их подойти поближе, сопровождая показ четким и лаконичным словесным пояснением.

Все детские поделки следует так или иначе использовать: в игре, на занятиях, в качестве подарков малышам, взрослым. Важно воспитывать у детей желание доводить начатое дело до конца. Это рождает у них уверенность в своих силах и — что особенно важно — стремление к самостоятельности, желание трудиться.

## Игра

В игре дети с нарушением зрения приобретают опыт общественного поведения в среде сверстников, практически овладевают нормами и правилами поведения, приобщаются к жизни окружающих взрослых, имеют возможность проявить бóльшую, чем в какой-либо другой деятельности, самостоятельность.

Если не создавать условий, при которых дети с нарушением зрения могли бы правильно понимать и отражать в играх окружающий мир, развитие игры у них не сможет достичь уровня возрастной нормы.

Для преодоления отставания в программе предусмотрено проведение специальных пропедевтических (индивидуальных и подгрупповых) занятий по обучению детей игре, в задачу которых входят формирование действий с предметами и игрушками, специальные наблюдения за деятельностью взрослых, тренировочные занятия по принятию роли, проигрывание отдельных ролевых ситуаций и объединение их в единый сюжет. Специальной задачей в развитии игры детей с нарушением зрения является преодоление вербализма и обогащение чувственной основы игры. Для этого проводятся специальные экскурсии и наблюдения, в их ходе устанавливается связь между понятиями, которые до этого времени, возможно, носили чисто вербальный характер, и конкретными действиями, признаками, свойствами и явлениями.

Воспитатель и тифлопедагог, руководя игрой, учат детей с нарушением зрения видеть окружающее и отображать увиденное в

своих играх. Формируя эти умения, педагоги используют игру как форму организации детской жизни, учат строить сюжет, действовать с предметами, использовать предметы-заменители. Игра служит для педагога эффективным средством преодоления недостатков развития личности ребенка с нарушением зрения. Необходимым условием возникновения самостоятельных форм детской игры является педагогическая помощь, направленная на формирование предметных представлений, игровых умений и способов совместного взаимодействия в игре.

Воспитатель, играя с детьми, учит их отображать жизнь взрослых, формируя коррекционно-компенсаторные навыки и умения, с помощью которых дети с нарушением зрения смогут утвердиться в среде сверстников.

Существенное место отводит педагог работе по формированию и обогащению сюжета ролевых игр путем наблюдения за жизнью и действиями взрослых, путем чтения художественной литературы, разыгрывания небольших инсценировок, сделанных по сказкам или на основе жизненных наблюдений.

Важная роль отводится дидактическим играм как средству развития зрительного восприятия, формирования полисенсорных взаимосвязей, умственного, нравственного воспитания детей с нарушением зрения.

### **Формирование элементарных математических представлений**

Особые сложности в связи со зрительной недостаточностью возникают у детей с нарушением зрения при овладении счетом последовательного ряда элементов множества, выполнении действий наложения и приложения элементов одного множества к элементам другого при сравнении их количества. Значительные трудности испытывают дети с нарушением зрения в зрительно-пространственной ориентации, что при отсутствии специальных условий обучения приводит к обедненности информации о пространстве. Поэтому очень важно вести работу по обогащению, расширению чувственного опыта детей, что позволяет избежать появления вербализма математических представлений.

Начиная с первого года обучения следует учить детей видеть и понимать реальные предметы в их взаимосвязях и пространственных отношениях. Учить видеть в реальных предметах сенсорные эталоны формы, величины, пространства: круг, квадрат, овал, треугольник, прямоугольник — сенсорные эталоны плоскостных предметов; куб, шар, эллипсоид, цилиндр, параллелепипед (брусочек), конус — сенсорные эталоны объемных тел. Формировать эти представления следует по принципу нарастающей сложности: от 1—3 сенсорных эталонов до усвоения более полного набора этих эталонов.

Далее закрепляется поэлементное сравнение множеств, но уже с выделением количества, начинается обучение измерению величин с помощью условных мерок — все это становится основой формирования полноценного понятия о числе и счете.

Основой для ознакомления с длиной служит непосредственное сравнение предметов по их размерам. Давая детям первоначальные представления об измерении длин, необходимо познакомить их с условными мерками, в качестве которых могут быть полоски цветной бумаги, палочки, карандаши, линейка и другой дидактический материал. При этом надо обратить особое внимание на выработку умений выполнять такие сложные для детей с нарушением зрения операции, как приложение и наложение.

На занятиях по формированию элементарных математических представлений важно уделять внимание развитию зрительного восприятия, зрительно-пространственной ориентации и формированию чувственно-практического опыта детей за счет активного включения в процесс обучения сохранных анализаторов и речи.

Арифметические задачи на сложение и вычитание следует решать с опорой на практические действия с реальными предметами или их изображениями.

Большое внимание наряду с формированием чувственно-практического опыта детей с нарушением зрения следует уделять овладению грамматически правильной речью.

### **Изобразительная деятельность**

В процессе изобразительной деятельности осуществляется работа по формированию у детей реальных образов окружающего мира.

Овладение умениями изображать предметы невозможно без целенаправленного развития зрительного и других видов восприятия. Для того чтобы успешно изображать, ребенку необходимо хорошо представлять предмет или явление. Поэтому на всех этапах обучения детей с нарушением зрения изобразительной деятельности необходимо учить поэтапному обследованию предметов, умению анализировать их основные признаки.

Накопление зрительного опыта у детей с нарушением зрения осуществляется медленно, поэтому сюжетное рисование начинает активно формироваться на 3—4-м годах обучения.

Взаимосвязь всех видов занятий по изобразительной деятельности прослеживается в повторе одной и той же темы на занятиях по лепке, аппликации и рисованию. Это позволяет конкретизировать зрительный образ, уточнять детали, закреплять изобразительные умения. Так, в процессе лепки дети с нарушением зрения учатся изменять положение частей фигуры и ее позу; умения, приобретаемые на занятиях по аппликации в составлении предмета из не-

скольких частей, помогают ребенку в процессе рисования ориентироваться на плоскости листа, в чем особенно нуждаются дети с нарушением зрения.

На всем протяжении обучения идет уточнение, конкретизация и обобщение предметных представлений, формирование способов обследования. При формировании изобразительных навыков выполнение задания следует организовать индивидуально с учетом возможностей каждого ребенка, его зрения и общего развития.

Значительное место занимают задания по формированию пространственной ориентировки в самом процессе изображения, а также при отображении пространственных характеристик изображаемых объектов.

На отдельных этапах обучения рисованию и аппликации при очень низкой остроте зрения и сложности зрительной ориентации возможно применение шаблонов и трафаретов для обводки.

Занятия по изобразительной деятельности и конструированию тесно связаны с игрой, ознакомлением с окружающим миром и формированием элементарных математических представлений. Их проводят воспитатель и учитель-дефектолог (тифлопедагог). При этом тифлопедагог занимается формированием способов обследования предмета и учит детей изобразительным навыкам; воспитатель проводит занятия по закреплению этих умений.

К оценке результатов изобразительной деятельности следует подходить индивидуально, дифференцированно, с учетом состояния зрения детей, уровня общего развития, навыков и умений изобразительной деятельности.

### **Ознакомление с окружающим миром**

Дети с нарушением зрения, поступающие в детский сад, имеют недостаточно представлений о предметах и явлениях окружающей действительности. Из-за нарушения зрения они плохо видят и не умеют выделять конкретные признаки и свойства предметов: их форму, величину, цвет и пространственное расположение. В связи с этим важно в период дошкольного возраста научить их правильно выделять важные, существенные признаки и свойства предметов.

Программа «Ознакомление с окружающим миром» способствует формированию у детей реальных представлений об окружающем мире и жизни человека.

Дети учатся действовать с различными предметами, понимать их назначение и применение в бытовой деятельности человека.

Объектом ознакомления в первую очередь становится близкое окружение ребенка в детском саду и дома. Процесс ознакомления состоит в детальном изучении предмета. Дети учатся последова-

тельному зрительному выделению, анализу основных опознавательных, зрительно фиксированных признаков. Там, где невозможно получить зрительную информацию, необходимо активно включать в процесс обследования сохранные анализаторы. Дополнительную информацию дети получают за счет полисенсорных взаимосвязей (слухо-двигательных, тактильно-двигательных, осязательных и др.).

На первом и втором годах обучения занятия по ознакомлению с окружающим миром тесно связаны с развитием речи; наряду с формированием чувственного опыта детей в это время осуществляется работа по овладению детьми словом, что позволяет им соотносить конкретный признак со словесным его обозначением и благодаря чему создается адекватный образ предметов реального мира.

На третьем и четвертом годах обучения наряду с этой задачей осуществляется работа по расширению и систематизации представлений об обществе, природе, даются некоторые математические и эстетические знания.

Основными методами и средствами являются наблюдения, обследование, экскурсии, дидактические игры, упражнения с натуральными объектами или их изображениями, просмотр диафильмов, рассматривание различных видов наглядности (картинки, игрушки, муляжи, чучела животных и др.), слушание грамзаписей и т. п.

На более поздних периодах обучения начинают применяться беседы об увиденном, но ведущим остается использование конкретного материала, активно воспринимаемого детьми.

### **Музыкальная деятельность и ее коррекционно-воспитательное значение**

Содержание музыкальных занятий строится на основе «Программы воспитания в детском саду», но с учетом своеобразия развития детей с нарушением зрения и их возрастных особенностей.

Так же как и в обычном детском саду, в процессе музыкальных занятий обращается серьезное внимание на воспитание музыкальной восприимчивости у детей, что не только обуславливает интерес к самим занятиям, но и имеет большое коррекционно-воспитательное значение, а также помогает преодолению отрицательных переживаний, обусловленных нарушением зрения.

При нарушениях зрения формирование музыкальной деятельности идет от показа к подражанию и осуществляется на многофункциональной основе: речевой, слуховой и музыкально-двигательной. Одновременно с общими музыкальными задачами необходимо ставить коррекционные задачи, обеспечивающие развитие



зрительного анализатора. Методика проведения занятий должна учитывать специфические особенности детей. Движения детям следует показывать с близкого расстояния, а для детей с низкой остротой зрения повторять их по нескольку раз. Иногда следует, взяв ребенка за руку, двигаться вместе с ним, чтобы он ощутил ритм.

В музыкально-ритмических упражнениях полезно использовать ленты, флажки, обручи, мячи, кольца, платочки. Предмет, с которым ребенку придется выполнять упражнения, предварительно должен быть детально изучен им при помощи зрения и осязания.

У ребенка закрепляется понятие о форме, величине и цвете данного предмета. В этой связи следует подчеркнуть важность предметности работы воспитателя и музыкального руководителя. Полученные на музыкальных занятиях знания и умения должны регулярно закрепляться воспитателем в повседневной жизни.

Обработка значительной части музыкально-ритмических движений отнесена на коррекционные занятия по ритмике, где дети обучаются этим движениям, развивая природное чувство ритма и двигательные способности.

## **6. СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ КОРРЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ**

Коррекционная работа строится как многоуровневая система целостного, комплексного, дифференцированного, регулируемого процесса психофизического развития и восстановления зрения детей на основе стимуляции всех потенциальных возможностей. Специфичность коррекционной работы с детьми дошкольного возраста состоит: во взаимосвязи и взаимодействии коррекционной работы со всеми видами детской деятельности; во всестороннем воздействии содержания, методов, приемов и средств коррекции на психику ребенка; в компенсаторном развитии средствами деятельности (игры, труда, занятий и т. д.); в интеграции ребенка в общество зрячих на основе сложившихся у него социально-адаптивных форм общения и поведения.

Под влиянием коррекционного воздействия происходит нормализация его развития и восстановление его связей с окружающей действительностью.

Успешность коррекционной работы зависит от:

учета иерархии отклонений и нарушений в психофизическом развитии детей;

реализации основных принципов коррекционной работы;

содержания, форм и методов коррекционной работы;

взаимосвязи психолого-педагогической и лечебно-воспитательной работы.

Коррекционно-педагогическая работа осуществляется в двух направлениях:

специальные коррекционные занятия по развитию зрительного восприятия, лечебной физкультуре, ритмике, социальной адаптации и пространственной ориентировке, коррекции речевых нарушений;

организация коррекционных упражнений на различных занятиях (по математике, рисованию, развитию речи, физической культуре, ручному труду и др.), в играх, бытовой деятельности.

При проведении любого вида коррекционной работы учитываются задачи лечебного процесса, включая работу по снятию побочного влияния медицинских процедур на психику ребенка. Знание психических особенностей ребенка позволяет педагогу целенаправленно влиять на развитие зрения, создавать условия для закрепления результатов восстановительного лечения и корректировать негативные психоэмоциональные проявления, обусловленные влиянием лечебного процесса.

Развитие бинокулярного и стереоскопического зрения осуществляется в дидактических играх, на занятиях по рисованию, лепке, физкультуре и др. Решая педагогические задачи по формированию различных знаний и умений, педагоги учат детей способам зрительной ориентации в различении признаков и свойств предметного мира, зрительно-пространственных признаков и т. д. Система упражнений, способствующих активизации зрительного восприятия и познания окружающей действительности, согласуется с врачом-офтальмологом.

Содержание занятий определяется наличием или отсутствием у детей зрительной ориентации. Для слепых важны занятия по развитию осязания и мелкой моторики, слухового восприятия. Для детей с частичным нарушением зрения важны занятия по обучению использованию зрения и других анализаторов.

Содержание коррекционной работы — это фактический материал, усваиваемый детьми, без чего они не смогут адекватно действовать в окружающей действительности и успешно входить в общеобразовательный процесс. У дошкольников формируются социально-адаптивные знания, навыки и умения, обеспечивающие их успешное участие в жизни.

Как важное коррекционное условие, программное содержание предусматривает включение большого количества практических заданий и упражнений, в результате выполнения которых в значительной степени обогащается чувственный опыт детей, осуществляется тренировка их в обращении с конкретными предметами и явлениями окружающей действительности. При этом они могут убедиться в успешности ориентации и адекватности своих предметно-практических действий, осознать свои потенциальные возможности.

Перспективными направлениями коррекционной работы являются занятия по развитию зрения и зрительного восприятия, формированию способов сенсорной ориентировки с помощью сохранных анализаторов в их тесной взаимосвязи со зрительной ориентацией. В связи с этим в программе по развитию зрительного восприятия выделен специальный курс — формирование различительных способностей анализаторов и овладение эталонами признаков и свойств, без знания которых невозможен процесс осознанной ориентировки и познания предметного мира в конкретной деятельности.

Для развития способов и навыков сенсорной ориентации очень важно одновременное формирование у детей представлений о своих сенсорных возможностях, поэтому в содержании программы по сенсорному воспитанию для детей с нарушением зрения введен курс, объясняющий детям функциональные возможности анализаторов, где они практически убеждаются в возможностях своего зрения и сохранных анализаторов, обеспечивающих замещение недостаточности зрительной информации.

Формирование знаний о своих сенсорных возможностях значительно продвигает ребенка в развитии адаптивных способностей при ориентировке в окружающем мире. Достижение определенного уровня коррекционно-компенсаторного развития сенсорной сферы приводит психическое развитие ребенка с нарушением зрения к стабилизации и обеспечивает решение проблемы преодоления трудностей при обучении и воспитании.

В программе «Ребенку с нарушением зрения — о нем самом» основная идея состоит в том, чтобы ребенок в процессе предметно-практического обучения и общения с окружающим миром познавал функциональные возможности своего зрения и активно использовал сохранные анализаторы. Для этого следует создать специальную среду и проводить специальные занятия, в ходе которых возникали бы предметно-практические ситуации, побуждающие ребенка к использованию всех видов сенсорных ориентировок (слуха, осязания, обоняния, вкуса и затем только зрения).

Для преодоления недостатков двигательной сферы разработаны занятия по лечебной физкультуре и ритмике.

Лечебная физкультура направлена на лечение заболеваний, профилактику их осложнений, на предупреждение обострений у дошкольников с нарушением зрения.

При планировании и проведении занятий должны быть учтены особенности организма детей, их пониженные функциональные возможности, замедленность адаптации к физическим нагрузкам. В зависимости от вида и глубины заболевания предполагается применение физических упражнений в разной последовательности и дозировке.

В программе в зависимости от возраста и уровня психического развития детей определены требования к формированию пространственных представлений на уровне зрительного и других видов восприятия. При этом важно сочетать ориентировку на зрение с опорой на слуховую, тактильно-двигательную и другие виды ориентировок. При формировании пространственной ориентировки важно научить слабовидящих детей опираться на сенсорные эталоны пространственных признаков: форму, цвет, величину и местоположение предметов. Важная роль отводится речи как регулятору практических действий детей.

Во всех видах коррекционной работы предусматривается взаимосвязь с лечебной и общеобразовательной работой.

## **7. СЕНСОРНОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ**

Изучение сенсорного развития детей с нарушением зрения имеет существенное значение для разрешения ряда конкретных проблем специальной коррекционной педагогики и для обоснования системы обучения и воспитания.

Значение слуховой ориентации весьма важно в психическом развитии ребенка. Воспринимая звуки, исходящие от различных объектов и предметов, дети учатся понимать звучащий мир и правильно реагировать на него.

Воспринимает звук и анализирует его орган слуха. Многообразие слуховых ощущений связано с особенностями и функцией слухового анализатора, обеспечивающего различение звуков по их высоте, ритму, тембру, их сочетанию (фонемы, мелодии).

Слуховое восприятие доставляет слепому ребенку разнообразные сведения о предметах, их свойствах, их движении в пространстве. Звуки, рождающиеся от предметов и явлений окружающего мира, рисуют незрячему своеобразную картину мира. В результате систематического общения с действительностью у незрячего ребенка формируются компенсаторные навыки пространственной ориентации, обеспечивающие ему адекватные действительности действия. Умение локализовать, дифференцировать звуки для слепого ребенка является жизненно необходимым. Не так у слабовидящего ребенка: он полностью ориентируется на зрение и рядом расположенное пространство, доступное ему зрительно.

Удаленное пространство ребенок с нарушением зрения может познать в процессе передвижения. При этом у него еще нет понимания того, что его зрение неполноценно; он полностью доверяет своей зрительной информации и не использует потенциальные ком-

пенсаторные возможности слухового восприятия так, как это делает маленький слепой дошкольник. В этом случае нет возможности говорить об активном компенсаторном развитии ребенка за счет спонтанного включения сохранных анализаторов.

Проведенные наблюдения за слабовидящими детьми показывают, что чувственный уровень представлений о звучащем мире у слабовидящих детей практически близок к уровню нормально видящих детей. Компенсирующее значение слухового восприятия при слабовидении должно формироваться на основе активного взаимодействия зрительно-слуховых, слухо-двигательных, зрительно-слухо-двигательных и других полисенсорных чувствований.

Формирование у детей с нарушением зрения сенсорных звуковых эталонов (громкость, высота, ритмичность, длительность, мелодичность, темп, тембр и др.) целесообразнее всего осуществлять при формировании практических действий ориентации. Важно дать слабовидящим детям представления о том, что не всегда надо стремиться к зрительной ориентации, особенно в условиях, когда она затруднена. Детей надо учить ориентированию на слух на улице и в помещении, выделять звуки, производимые различными приборами, машинами, теми или иными явлениями и живыми объектами в природе. Надо развивать у детей умение опираться на слуховое восприятие и на сохранные чувства (обоняние, осязание, вкус), дающие верную информацию об окружающем мире.

Особое значение для детей с нарушением зрения имеет осязание.

Исследования взаимодействия зрения и осязания при восприятии предметов окружающей действительности у нормально видящих детей показали, что в определенные периоды развития дошкольники опираются главным образом на визуальную ориентацию. Только к концу дошкольного возраста происходит уравнивание роли зрения и осязания при зрительно-тактильном восприятии предметов. Уровень осязательных действий у нормально видящих дошкольников в сравнении со зрительным остается все-таки несколько ниже. Как орган перцепции, пишут В. А. Зинченко и А. Г. Рузская, рука долгое время отстает от глаза.

Для слепого ребенка осязание — главный фактор для познания окружающего мира, так как посредством осязания ребенок получает основную информацию о форме, структуре, поверхности, температурных признаках предметов и их пространственном положении. Осязание при слепоте выступает как ведущий фактор компенсаторного развития незрячего. Слабовидящий ребенок, напротив, предпочитает зрительную ориентацию всем другим ее способам. Наблюдения за слабовидящими детьми показали, что их осязательные представления о форме, величине и структуре предметов значительно обеднены.

Почему же при слабовидении рука не становится активным фактором компенсаторного развития? Покажем это на примере наблюдения за детьми с разной степенью поражения зрения.

Детям предлагается познакомиться с новыми игрушками, лежащими перед ними на столе. Слепой ребенок (тотально слепой) — Костя А. 2,5 года — протягивает руку и начинает ощупывать игрушку руками. После нескольких движений рук по игрушкам подключает оральное обследование, трогает части языком и губами. Рука для него является первым информатором о предмете.

Слабовидящая Неля Д. 3 года (диагноз: атрофия зрительного нерва, Vis на оба глаза 0,1). Девочка берет игрушку и подносит близко к глазам. Рука у нее выступает только как средство, используемое для приближения объекта к глазам. Лишь после зрительного анализа начинает действовать рука, девочка хочет понять функцию предмета, но ее не интересует его форма, величина, структура предмета, как это наблюдается у незрячего ребенка.

Развитие осязания, как и развитие других чувств, достигается путем упражнения. Ребенка надо учить различать форму, поверхность, температуру и другие осязаемые признаки.

Важно учить детей ощупывающим действиям сообразно признакам воспринимаемого объекта. При этом следует знать, что у детей с нарушением зрения особенно трудно складывается зрительно-осязательный анализ, ведь и в норме этот процесс у дошкольников еще окончательно не завершается. Дети еще не умеют планомерно обследовать предмет из-за несформированности осязательно-двигательных действий, направленных на выделение вначале основных, а затем дополнительных деталей и признаков.

Здесь уместно подчеркнуть роль установок, которые получает ребенок в процессе чувственной ориентации. Система перцептивных обследующих действий должна быть четко организована, и дети в процессе систематических упражнений органов чувств приобретают стереотипные, упорядоченные навыки чувственного познания действительности.

От понимания закономерностей сенсорного развития ребенка при нарушении зрения существенно зависит содержание и методика сенсорного воспитания, позволяющая преодолевать зрительную недостаточность.

Как известно, социальное благополучие человека во многом зависит от того, как приспособлен, адаптирован он к окружающей действительности, каковы его самоощущения в ней. Для наиболее комфортного ощущения себя человеку необходимо осознание своих возможностей и умение их использовать. Для мобилизации своих внутренних сил, резервов, любому человеку необходимо пройти школу самопознания. Это особенно актуально для детей с патологией зрения. Они должны достаточно точно и конкретно представлять

свои сенсорные возможности, в первую очередь зрительные, а затем и возможности сохранных анализаторов, чтобы адекватно ими пользоваться, адаптируясь к окружающей действительности.

## **8. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ С ЛЕЧЕНИЕМ ЗРЕНИЯ**

В специальном дошкольном учреждении, в окружении сверстников с тем же недугом, ребенок не находит ничего необычного в ношении окклюдоров, очков и выполнении упражнений для развития зрения. Однако, поддерживая в ребенке интерес к лечению, убеждая в его необходимости и в том, что оно принесет положительный результат, педагоги становятся участниками возвращения детям полноты зрительных функций.

Коррекционная работа и комплексный лечебный восстановительный процесс осуществляются на основе максимального сближения медицинских и педагогических средств коррекции. Направленное обучение и воспитание строится на основе пропедевтических курсов, предусматривающих формирование навыков и умений пользоваться неполноценным зрением и компенсаторными формами ориентации, развитие которых идет за счет сохранных анализаторов, речи и мышления.

Во все общеобразовательные занятия включаются упражнения (выделение формы, цвета, величины и пространственного положения предметов) для развития зрения и зрительного восприятия. В процессе таких упражнений дети учатся сличению, узнаванию, классификации предметов по их основным признакам. Используются такие дидактические игры, как «Найди такой же предмет» (по форме, цвету, размеру), «Найди различия в предметах, рисунках», «Подбери одинаковые предметы» (по цвету, размеру), «Что от тебя ближе, что дальше», «Составь из частей целое». В период плеоптического лечения детям младшего возраста рекомендуется использовать игры с матрешками, пирамидками, игрушками-вкладышами, например, такие, как «Собери башенку», «Собери пирамидку», «Собери корзинки», «Составь матрешку». Применяются игрушки со световым и цветовым эффектом, привлекающие детей своей занимательностью. Такие игры привносят в лечебный процесс элементы непроизвольного интереса ребенка, что усиливает их лечебный эффект. При этом глаз упражняется в выделении цветовой насыщенности, усиливаются цветоразличительные способности зрения.

Важно помнить, что дидактические игры и задания для развития зрения подбираются индивидуально для каждого ребенка в зависимости от состояния зрения и периода восстановительной работы.

Так, например, при высокой степени амблиопии предметы и изображения для занятий даются более крупные, а по мере повышения остроты зрения размеры пособий уменьшаются. Самые мелкие предметы не должны быть менее 2 см: у детей с нарушением зрения страдает и развитие мелкой моторики рук и им трудно работать с очень мелким материалом. (Например, нанизывание бисера представляет для детей дошкольного возраста большую сложность.)

Каждый педагог, если ему известно состояние детей и рекомендации врача-офтальмолога, может подбирать индивидуальные задания детям на занятиях.

Зная зрительные возможности детей, педагоги могут целенаправленно влиять на развитие зрения, создавать условия в процессе воспитания и обучения детей для закрепления результатов лечебно-восстановительной работы.

Большое значение в организации работы по развитию зрительного восприятия имеют различные наглядные пособия, дидактический материал, которые педагоги используют на занятиях. Они должны быть лаконичны и понятны детям, выполнены яркими, контрастными, насыщенными цветами. Показ наглядных пособий следует сопровождать четким, ясным и конкретным словесным пояснением, позволяющим детям понять, выделить конкретные визуальные признаки предметов и явлений окружающего мира. Все предлагаемые детям задания должны быть им понятны и направлены на упражнение, активизацию и тренировку зрительных функций.

На занятиях по изобразительной деятельности следует учить детей выделять признаки предметов, чтобы они затем смогли более точно отобразить их в своих рисунках. Психофизические методы восстановления зрения (светостимуляция, представление изображений на световом табло и др.) сочетаются с психолого-педагогическими методиками.

Например, детям можно предложить воспроизвести изображение по образцу при его непосредственном зрительном восприятии, как краткосрочном предъявлении, изобразить объект по словесному описанию ими собственному представлению. Все эти упражнения строятся с учетом различительных возможностей зрения, состояния моторики рук и зрительно-пространственной микро- и макроориентации.

На занятиях по математике формируется понятия *широкое* — *узкое*, *длинное* — *короткое*; можно предложить детям в зависимости от величины объекта (машины, гусеницы, ослика) нарисовать для него дорожку соответствующей ширины. Тем детям, которые по состоянию зрения не могут справиться с таким заданием, предлагается из набора лент выбрать ленты соответствующей ширины. В подобных заданиях упражняется зрение, и таким образом усиливается результат лечебно-оздоровительному работы.



По рекомендации врача-офтальмолога, в зависимости от периода восстановительного лечения, педагоги используют различные дидактические игры и упражнения для активизации остроты зрения, стимуляции сетчатки глаза, глазодвигательных функций. Например, в период плеоптического лечения, направленного на повышение остроты зрения, врачи-офтальмологи предлагают проводить с детьми занятия по нанизыванию бус, обводку через кальку контурных изображений, выкладывание из мозаики и т. д.

Большое внимание, особенно перед началом лечения на медицинских аппаратах, педагоги уделяют подготовительным упражнениям, которые они проводят совместно с медицинскими сестрами. Так, при исправлении косоглазия на ортоптическом приборе «Синаптофор», детей предварительно знакомят с изображениями, используемыми на приборе, а затем предлагают игры: «Подбери пару», «Наложите одно изображение на другое», «Соедини два изображения в одно», «Подбери к контурному изображению силуэт». Используются такие упражнения, как накладывание одного изображения на другое. Например, на листе бумаги изображены контуры различных животных и растений; детям даются вырезанные из цветной или черной бумаги силуэты, повторяющие контуры этих изображений. Дети должны наложить их силуэты на нарисованные изображения.

В период выработки стереоскопического зрения особенно эффективны настольные игры «Футбол», «Баскетбол», «Бильярд», «Колпачки», «Набрось кольцо», «Попади в обруч», «Прокати шар в ворота», а также игры с различными конструкторами, мозаиками. При игре упражняются глазомерные функции. Дети учатся соизмерять по величине предметы, определить расстояние между объектами. Большие возможности для упражнения зрительных функций в определении расстояния, удаленности предмета, протяженности пространства имеются в подвижных играх, включающих элементы поиска. Метание в цель, бег по заданному направлению, перешагивание через препятствие способствуют активизации и формированию стереоскопического видения.

В ходе занятий и игр происходит повышение общей функциональной активности и различительной чувствительности зрительной системы, идет формирование бинокулярной фиксации, упражняются глазодвигательные функции. Стимуляция цветоразличения, стереоскопичности видения в условиях изменения насыщенности и интенсивности цвета и размера стимула дает хорошие результаты в развитии зрительных функций.

### **Вопросы и практические задания**

1. Какие дети по состоянию зрения относятся к детям с нарушением зрения?

2. Какие причины приводят к нарушению зрения?
3. Дайте характеристику понятиям «косоглазие и амблиопия».
4. Что следует учитывать педагогу при работе со слабовидящими детьми в процессе восприятия иллюстративно-предметного материала?
5. С чем связаны отклонения в овладении речью у детей с нарушением зрения?
6. От чего страдает смысловая сторона речи у детей с нарушением зрения?
7. Чем характеризуется устная речь детей с нарушением зрения?
8. При каких условиях у детей с нарушением зрения возникает нерешительность, снижение самостоятельности?
9. Отчего возникают навязчивые движения у слепых детей?
10. Что обуславливает снижение уровня общительности у детей с нарушением зрения?
11. Какие виды дошкольных образовательных учреждений существуют в России?
12. Почему необходима взаимосвязь между коррекционно-педагогической и лечебно-восстановительной работой в ДООУ?
13. Какая организация занимается отбором и комплектованием ДООУ для детей с нарушением зрения?
14. Назовите основные принципы коррекционной работы.
15. В чем роль пропедевтики в преодолении отклонений в развитии?
16. Какова роль педагога в преодолении трудностей общения детей с нарушением зрения с окружающим миром?
17. Что такое специальная информационная наполненность коррекционных занятий в содержании, методах и средствах?

### Литература

1. *Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В.* Руководство по детской офтальмологии. — М., 1987.
2. *Выготский Л.С.* Избранные психологические исследования. — М., 1956.
3. *Волкова Л.С.* Выявление и коррекция нарушений устной речи у слепых и слабовидящих детей. — Л., 1982.
4. *Жохов В.П., Плаксина Л.И.* и др. Реабилитация детей, страдающих содружественным косоглазием и амблиопией. — М., 1989.
5. *Земцова М.И.* Учителю о детях с нарушением зрения. — М., 1973.
6. *Зинченко В.П., Рузская А.Г.* Взаимоотношение осязания и зрения у детей дошкольного возраста: Развитие восприятия в раннем и дошкольном возрасте. — М., 1966.
7. *Кулагин Ю.А.* Восприятие средств наглядности учащимися школы слепых. — М., 1969.
8. *Маллаев Д.М.* Игры для слепых и слабовидящих. — М., 1992.
9. *Наша любовь и забота о детях, имеющих проблемы со зрением* / Под ред. Л.И.Плаксиной. — М., 1998.
10. *Плаксина Л.И.* Развитие зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения. — Калуга, 1998.

11. *Плаксина Л.И.* Теоретические основы коррекционной работы в детском саду для детей с нарушением зрения. — М., 1998.
12. *Плаксина Л.И., Григорян Л.А.* Содержание медико-педагогической помощи в дошкольном учреждении для детей с нарушением зрения. — М., 1998.
13. Проблемы воспитания и социальной адаптации детей с нарушением зрения / Под ред. Л.И.Плаксиной. — М., 1995.
14. *Солнцева Л.И.* Введение в тифлопсихологию раннего дошкольного и младшего школьного возраста. — М., 1997.
15. Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушением зрения в начальных классах / Под ред. Л.И.Плаксиной. — Калуга, 1998.

## **Глава 7. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

### **1. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛОГОПЕДИИ**

В дошкольной коррекционной педагогике, представляющей собой относительно новый, складывающийся в настоящее время раздел общей специальной педагогики, большое внимание уделяется изучению закономерностей формирования различных видов речевой деятельности ребенка с отклонениями в развитии и направленности обучения и воспитания на реализацию речевых умений в различных условиях общения.

Проблема воспитания и обучения детей дошкольного возраста с первичными нарушениями речи разрабатывается в частном разделе специальной педагогики, представляющем собой научно-методическую дисциплину интегративного типа — логопедагогику<sup>1</sup>. Она ориентирована на определенный контингент детей, имеющих нарушения речи, обусловленные несформированностью, недоразвитием или повреждением на ранних этапах онтогенеза речевых, психологических или физиологических ее механизмов, при наличии нормальных слуха и зрения и сохранных предпосылках интеллектуального развития.

Согласно современным научным представлениям нарушение речевого развития у детей представляет одну из форм сложного когнитивного дефекта, который включает избирательное расстройство речевой функции, а также отклонения неязыковых функций и процессов.

**Предметом** логопедагогики является развитие и формирование речи при различных отклонениях от нормального онтогенеза в условиях целенаправленного педагогического процесса. Структура педагогического (логопедического) процесса включает субъект и объект педагогического процесса (динамическая система: «логопед — ребенок»); содержание педагогического процесса; логопедическую диагностику; критерии эффективности логопедического воз-

---

<sup>1</sup> Вопрос о применении термина «логопедагогика» остается открытым, но выделение дидактического аспекта логопедии (в отличие от термина «логопсихология», более распространенного в настоящее время) становится актуальным и выражает тенденции развития обучения и воспитания детей с речевыми нарушениями.

действия. В настоящее время можно выделить фундаментальные и прикладные задачи дошкольной логопедологии.

К числу фундаментальных задач можно отнести:

исследование закономерностей специального обучения и воспитания детей с нарушением речевого развития,

разработку методов ранней педагогической диагностики речевых расстройств и, соответственно, педагогической типологии недоразвития речи в дошкольном возрасте,

определение принципов, содержания и методов коррекционного обучения языку и речи.

Прикладные задачи решаются при разработке специальных программ для детей с различной структурой и выраженностью речевого нарушения, создании дидактических пособий, методических систем занятий и упражнений, составлении рекомендаций для дошкольных учреждений и родителей.

Применительно к логопедии дошкольная коррекционная педагогика сложилась в самостоятельную педагогическую дисциплину относительно недавно благодаря синтезу научных достижений в области патологии речи, психолингвистики, психологии и обобщению богатейшего опыта в интенсивно развивающейся дифференцированной системе коррекционной помощи детям с отклонениями в речи.

Базисной наукой для дошкольной логопедологии является **логопедия** — педагогическая наука о нарушениях развития речи, их преодолении и предупреждении средствами специального обучения и воспитания (определение Р. Е. Левиной, 1968).

Поскольку логопедия как самостоятельная педагогическая наука складывалась постепенно, в ее становлении большую роль сыграли исследования в области психологии и патологии речи, сурдопедагогике, различных областей медицины.

Педагогические основы логопедической науки были разработаны в ИКП РАО в работах проф. Р. Е. Левиной и ее сотрудников в период с 1965 по 1980 гг.

На основе исследований закономерностей речевого развития детей с разными нозологическими формами речевой патологии были разработаны пути преодоления речевой недостаточности, определено содержание коррекционного обучения и воспитания, заложены методы фронтального обучения и воспитания детей. Одновременно изучение структуры различных форм недоразвития речи в зависимости от состояния компонентов речевой системы, от степени выраженности дефекта позволило подойти к научно обоснованной индивидуализации специального воздействия в логопедических учреждениях разного типа.

Выделение дидактического аспекта логопедии — коррекционного обучения и воспитания — складывалось постепенно, по мере

накопления эмпирических данных. В настоящее время этот аспект составляет основу профессиональной программы подготовки специалистов по дошкольной логопедии. Вместе с тем изучение теоретических и дидактических основ методик развития и коррекции речи представляет интерес для многих отраслей дефектологии в связи с особой значимостью речи в системе высших психических функций, в становлении и развитии личности.

На современном этапе развития логопедагогика представляет собой многоаспектный сплав общей методики развития речи, логопедии, психолингвистики, психофизиологии, психологии и педагогики. Основопологающими для понятийной системы дошкольной логопедагогики являются следующие важнейшие положения:

овладение языковыми формами, речью и навыками обучения происходит в деятельности, в процессе которой возникает и развивается потребность в общении,

социальная среда и общение являются факторами, определяющими интенсивность речевого развития,

необходимо обучение детей специальным приемам организации речевого общения для реализации коммуникативного подхода к развитию речи,

развитие и коррекция речи являются важнейшими средствами умственного воспитания; на уровне элементарного осознания явлений языка и речи происходит развитие речемыслительных способностей, создаются условия для логического познания.

Направление и содержание логопедагогики определяется принципами анализа речевых нарушений, разработанными Р. Е. Левиной в рамках концепции Л. С. Выготского о сложной иерархической структуре психической деятельности человека.

Эти принципы можно считать базовыми как для логопедии в целом, так и для методики коррекционного обучения и воспитания, так как именно учет и реализация на практике этих принципов в 60—80 гг. XX в. (исследования осуществлялись в Институте дефектологии АПН СССР) привели к пересмотру классификационных представлений о речевой патологии и к построению теоретических основ коррекционного обучения детей дошкольного и школьного возраста.

**Нарушения речи** — собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека. Как правило, они обусловлены отклонениями в психофизиологическом механизме речи, не соответствуют возрастной норме, самостоятельно не преодолеваются и могут оказывать влияние на психическое развитие. Для их обозначения специалистами используются различные, не всегда взаимозаменяемые термины — *расстрой-*

*ства речи, дефекты речи, недостатки речи, недоразвитие речи, речевая патология, речевые отклонения.*

Специфика отклонений и их выраженность зависят от времени их проявления (в процессе речевого развития или после его завершения), от уровня психического и интеллектуального развития ребенка, от влияния окружающей среды и других факторов.

## **2. ПРИЧИНЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ**

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также условия окружающей среды.

При рассмотрении многообразных причин речевой патологии применяют эволюционно-динамический подход, который заключается в анализе самого процесса возникновения дефекта, учете общих закономерностей аномального развития и закономерностей речевого развития на каждой возрастной стадии.

Необходимо также подвергать специальному изучению условия, окружающие ребенка.

Принцип единства биологического и социального в процессе формирования психических (в том числе и речевых) процессов позволяет говорить о влиянии речевого окружения, общения, эмоционального контакта и других факторов на созревание речевой системы. Примерами неблагоприятного воздействия речевого окружения может служить недоразвитие речи у слышащих детей, воспитывающихся у глухих родителей, у длительно болеющих и часто госпитализируемых детей, возникновение у ребенка заикания при длительных психотравмирующих ситуациях в семье и др.

У детей дошкольного возраста речь является ранимой функциональной системой и легко подвергается неблагоприятным воздействиям. Можно выделить некоторые виды дефектов речи, которые возникают по подражанию, например, дефекты произношения звуков *л*, *р*, ускоренный темп речи и др. Наиболее часто страдает речевая функция в критические периоды ее развития, которые создают предрасполагающие условия для «срыва» речи в 1—2 г., в 3 г. и в 6—7 лет.

Основными причинами патологии детской речи являются:

различная внутриутробная патология, которая приводит к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 недель до 4 мес. Возникновению речевой патологии способствуют токсикоз при беременности, вирусные и эндокринные заболевания, травмы, несовместимость крови по резус-фактору и др;

родовая травма и асфиксия во время родов, которые приводят к внутричерепным кровоизлияниям;

различные заболевания в первые годы жизни ребенка. В зависимости от времени воздействия и локализации повреждения мозга возникают речевые дефекты различного типа. Особенно пагубными для развития речи являются частые инфекционно-вирусные заболевания, менинго-энцефалиты и ранние желудочно-кишечные расстройства; травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга;

наследственные факторы. В этих случаях нарушения речи могут являться лишь частичными проявлениями общего нарушения нервной системы и сочетаться с интеллектуальной и двигательной недостаточностью;

неблагоприятные социально-бытовые условия, приводящие к микросоциальной педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, нарушениям эмоционально-волевой сферы и дефициту в развитии речи.

Каждая из названных причин, а нередко и их сочетание могут обусловить нарушения различных сторон речи.

При анализе причин возникновения нарушений следует учитывать соотношение речевого дефекта и сохранных анализаторов и функций, которые могут служить источником компенсации в процессе коррекционного воздействия.

Большое значение имеет ранняя диагностика различных аномалий развития речи. Если речевые дефекты выявляются только при поступлении ребенка в школу или же в младших классах, их трудно компенсировать, что отрицательно сказывается на обучении и адаптации. Если же отклонения обнаруживают у ребенка в ясельном или дошкольном возрасте, ранняя медицинская и педагогическая коррекция значительно повышают вероятность полноценного обучения в школе.

С целью своевременного раннего выявления детей с отклонениями в развитии в первую очередь обследуются дети в семьях с «повышенным риском». К таким относятся:

семьи, где уже имеется ребенок с тем или иным дефектом;

семьи с умственной отсталостью, заболеванием шизофренией, нарушением слуха у одного из родителей или у обоих;

семьи, где матери перенесли во время беременности острое инфекционное заболевание, тяжелый токсикоз;

семьи, где имеются дети, перенесшие внутриутробную гипоксию, природовую асфиксию, травму или же нейроинфекцию, черепно-мозговые травмы в первые месяцы жизни.

Выявление начальных отклонений речевого развития представляет большие сложности, так как при этом необходимо разграничить признаки, характеризующие своеобразие индивидуального онтогенетического развития, от проявлений дизонтогенеза и патологии.



Для определения принадлежности к тому или иному типу нарушения необходима систематизация признаков, манифестирующих тот или иной тип отклонения, сопоставление их и исключение так называемых параллельных симптомов, которые могут быть отнесены к разным формам недоразвития. Интерпретация речевого отклонения в раннем возрасте возможна только в том случае, когда исследователь (логопед) владеет большим фактическим материалом, позволяющим вычленить достаточное число дифференцирующих признаков, т. е. определить их регулярный, а не спорадический характер.

В процессе изучения речи ребенка необходимо также выделить группы признаков, которые постоянно сопряжены друг с другом, определить параметры сопоставления и избегать рядоположения при их трактовке.

Отклонения патологического характера должны быть противопоставлены отклонениям от норм речевого употребления, т. е. оговоркам, гезитациям, единичным перестановкам слов и физиологически обусловленным возрастным особенностям звукопроизношения.

Необходимо знание и оценка возрастных норм соматического, сенсомоторного и психического развития детей.

К наиболее значимым прогностическим показателям лингвистического развития ребенка относятся следующие параметры:

состояние анатомо-физиологических предпосылок развития речи;

понимание речи в сенсомоторном периоде развития, характер последовательных стадий овладения импрессивной речью;

вокальная продукция, определение возраста и этапов вокализации, репертуар согласных звуков (в норме ребенок использует более 100 артикулем), структура слогов, просодия (ритм и мелодика);

начатки активной речи, способность подражать звукам и словам, коммуникативные типы речевой интонации, появление первых слов и словоподобных комплексов; объем словаря и особенности номинации; ранний детский синтаксис, аккомпанирующая речь; уровень речевой инициативы, мотивированность ее действием, ситуацией или словом взрослого;

овладение фонемным строем речи — последовательное образование и дифференциация фонем по артикуляционным и акустическим признакам, характер фонетических трансформаций;

микросоциальные и педагогические условия формирования речевой деятельности.

В настоящее время в качестве диагностических показателей, в основном, учитываются лишь два момента — появление первых слов и начало пользования элементарной фразой, которые не мо-

гут быть достаточным основанием для диагностики возможных нарушений и не определяют направленности ранней коррекции.

Решить однозначно вопрос, является ли отсутствие нормативных для данного возраста языковых единиц показателем речевой патологии в форме *общего недоразвития речи* или темповым отставанием, в младшем дошкольном возрасте достаточно трудно.

Необходимо наблюдать не только за характером и темпом развития различных компонентов речевой деятельности в процессе неоднократного обследования, но и за положительными изменениями, которые происходят под влиянием коррекционной работы в специально организованных условиях.

Установлено, что у детей с задержкой развития речи различного генеза в 3—4 года в активной речи используется речевой инвентарь ребенка одного-двух лет жизни. Характерно употребление «универсальных» слов, сигнификативная сторона слова подвижна — значение может сужаться, расширяться или закрепляться за случайным явлением. Иногда такой неполноценный словарный запас ограничивается 20—50 словами и в условиях речевого общения ребенок широко использует жесты и мимику. Фразовая речь формируется со значительным отставанием в сроках и аграмматична по своей структуре. Характерно отсутствие речевого подражания, морфологически нечленимое использование слов, сосуществование правильных и неправильных грамматических изменений одной и той же лексемы. При этом подсказка взрослого не используется ребенком как образец для подражания или поправки. Значительная специфика прослеживается в овладении импрессивной стороной речи детьми с общим недоразвитием речи или задержкой речевого развития.

Названные особенности в процессе овладения различными аспектами речевой деятельности проявляются у детей в разных сочетаниях. Эти особенности чаще обнаруживаются у детей группы риска: ослабленных, часто болеющих; с неврологическими нарушениями; с задержкой в развитии моторной функции.

Влияет также негативная микросреда и отягощенный анамнез.

Обоснование коррекционной работы с данной категорией детей предполагает тщательный собранный анамнез с углубленным анализом периода доречевого развития («непосредственного зачатка речи»); многоаспектное логопедическое обследование; неврологическое и нейропсихологическое обследование; оценку возрастной нормативности выявленных симптомокомплексов; наблюдение логопеда и воспитателя за процессом коммуникации детей со взрослыми и между собой; постоянную фиксацию позитивных сдвигов в общении.

Методическая схема психолого-педагогического наблюдения за ребенком в процессе его обучения и воспитания разработана в

ИКП РАО в соответствии с принципами нейропсихологического метода анализа в нарушении психических функций с учетом входящих в состав психической деятельности ребенка основных психофизиологических факторов: фактора регуляции психической активности; зрительно-пространственного; слухо-речевого; речедвигательного с артикуляционным и динамическим (кинестическим) компонентами.

### 3. КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

К детям с нарушениями речи относятся дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи. От других категорий детей с особыми нуждами их отличают нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для их отграничения от речевых нарушений, отмечаемых у детей с олигофренией, задержкой психического развития, слепых и слабовидящих, детей с ранним детским аутизмом и др.

Дети с нарушениями речи подразделяются на ряд субкатегорий в зависимости от этиопатогенеза, клинической формы речевого дефекта, глубины и системной распространенности речевого расстройства, задач, содержания и методов логопедического воздействия.

Глубокие нарушения различных сторон речи, ограничивающие возможности пользования языковыми средствами общения и обобщения, вызывают специфические отклонения со стороны других высших психических функций — внимания, памяти, воображения, вербально-логического мышления, эмоционально-волевой и личностной сферы и др., которые часто осложняют картину речевого нарушения ребенка. Качественная специфика и выраженность таких отклонений вторичного порядка связана с формой и глубиной речевого расстройства, а также со степенью зрелости речевой системы и других высших форм поведения ребенка к моменту действия патологического фактора.

Современные классификации речевых нарушений ориентированы, в первую очередь, на дифференциацию первичных нарушений.

Речевые нарушения у детей и подростков рассматриваются в различных аспектах:

- в аспекте локализации поражения и психофизической организации речевой деятельности (сенсомоторный уровень; уровень значений и смысла). На этой основе выделяется степень выраженности ряда речевых дефектов. Такой подход близок к нейропсихологическому направлению в изучении речевых нарушений и при-

меняется наиболее широко в комплексных исследованиях детей школьного возраста и подростков;

• в аспекте этиопатогенеза. Выделяются органические и функциональные причины нарушения и характерные симптомокомплексы речевых нарушений. В настоящее время такой подход отражен в так называемой клинико-педагогической классификации, которая схематически может быть представлена в следующем виде.

### **Нарушения устной речи**

*Расстройства фонационного оформления речи:*

афония, дисфония — отсутствие или нарушение голоса,  
брадилалия — патологически замедленный темп речи,  
тахилалия — патологически убыстренный темп речи,  
заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата,  
дислалия — нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата,  
ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизнесения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата,  
дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

*Нарушение структурно-семантического оформления высказывания:*

алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга,  
афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

### **Нарушения письменной речи**

К ним относятся:

дислексия (алекия) — частичное (полное) нарушение процессов чтения,  
дисграфия (аграфия) — частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Для данной классификации характерно объединение психолого-лингвистических и клинических (этиопатогенетических) критериев. Они ориентированы на объяснение анатомо-физиологического субстрата нарушения и причин возникновения дефекта.

Приведенная систематизация строится на признаках, детально дифференцирующих различные виды речевых нарушений, имеет устойчивую традицию в логопедической практике, обеспечена част-

ными методиками коррекции, что позволяет достаточно полно и эффективно осуществить индивидуальный подход к устранению или компенсации речевого нарушения при разных формах аномалий.

В то же время в приведенной классификации не учитывается принцип системного подхода, который основывается на системном строении и системном взаимодействии различных компонентов речи: звуковой (произносительной) ее стороны, фонематического восприятия, лексико-грамматического строя, а также на взаимосвязи нарушений речи с другими сторонами психического развития ребенка.

Логопедическая наука и практика в настоящее время ориентируются на обучение и воспитание детей с нарушением развития речи и на необходимость разработки содержания и методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей. В 60—70 гг. в ИКП РАО была разработана психолого-педагогическая классификация на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых в большей степени учитываются структурные компоненты речевой системы; функциональные аспекты речи; соотношение видов речевой деятельности (Р. Е. Левина, 1968 г.).

Схематически психолого-педагогическая классификация выглядит следующим образом:

### **Нарушение языковых средств общения (компонентов речи):**

фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН), т. е. нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами, вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

общее недоразвитие речи (ОНР 1—3-го уровня, нерезко выраженное общее недоразвитие речи), которое объединяет сложные речевые расстройства, т. е. те случаи, когда у детей по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

### **Нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности (коммуникативный аспект):**

заикание,  
проявления речевого негативизма и др.

В данной классификации нарушения письма и чтения трактуются как отсроченные проявления ФФН и/или ОНР, обусловленные у детей несформированностью фонетических и морфологических обобщений в устной речи.

#### 4. СИСТЕМА ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

На основе психолого-педагогической классификации и цикла исследований речевого и психического развития детей с разными видами речевой патологии в ИКП РАО была разработана научно обоснованная теория обучения детей с нарушениями речи и принципы комплектования логопедических учреждений системы образования; организационные основы функционирования дифференцированной сети учреждений для лиц с различными формами речевой патологии.

Логопедическая помощь детям дошкольного и школьного возраста в системе образования осуществляется в следующих типах учреждений: ясли-сад для детей с нарушениями речи, логопедический детский сад, группы для детей с нарушениями речи при детских садах общего типа, учебно-воспитательные комплексы (УВК) для детей с нарушениями речи, школа для детей с нарушениями речи (1-е и 2-е отделения), логопедические пункты при общеобразовательных школах, группы для детей с нарушениями речи при детских домах общего типа.

К инновационным типам учреждений относятся коррекционно-развивающие центры, представляющие собой модульную систему из нескольких блоков (диагностические группы, патронажные группы, группы для детей с разными формами речевых нарушений, группы логопедической поддержки для младших школьников и др.).

Определена структура этих учреждений, содержание коррекционного и воспитательного воздействия. Предусмотрена преемственность, обеспечивающая при необходимости возможность перевода ребенка в другое учреждение, соответствующее уровню его общего и речевого развития.

Не подлежат зачислению в данные учреждения умственно отсталые дети; дети со снижением слуха, зрения, с нарушением опорно-двигательного аппарата, психическими нарушениями и т. п. Эти дети могут получить логопедическую помощь в специальных учреждениях по ведущему дефекту, а также в стационарах, яслях, санаториях системы здравоохранения.

В системе здравоохранения для детей с нарушениями речи предусмотрены следующие структуры: логопедические кабинеты при детских поликлиниках, «речевые» стационары и полустационары при детских больницах, диспансерах, специализированных центрах медицинских институтов и т. п., детские санатории, сурдологические кабинеты, специализированные ясли.

В этих учреждениях осуществляется всестороннее обследование и диагностика детей, лечебные и профилактические мероприятия (по показаниям) и интенсивный курс логопедических занятий по

индивидуальной программе в соответствии со спецификой нарушения (афазия, заикание, ринолалия, дизартрия, алалия, дислалия и др.).

С детьми школьного возраста параллельно проводится обучение по общеобразовательным предметам соответственно возрасту и классу.

### **Дошкольные учреждения системы образования**

Детские (логопедические) сады для детей с нарушениями речи оказывают массовую помощь детям с различными отклонениями речевого развития. Их основная задача — коррекция речевого нарушения и подготовка к обучению в общеобразовательной школе или в специальной общеобразовательной школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Выявление детей с нарушениями речи и направление их на ПМПК осуществляется логопедами детских поликлиник, педиатрами, психоневрологами; из дошкольных учреждений — заведующими и воспитателями.

В логопедическом ДОО осуществляется дифференцированное обучение и воспитание детей с различными формами речевого нарушения, имеющих сохранный слух и интеллект с учетом их возраста.

Функционируют следующие группы:

для детей с общим недоразвитием речи,

для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием,

для заикающихся детей,

для детей с нарушениями произношения отдельных звуков.

Критерием комплектования первых двух типов групп является глубина речевого недоразвития детей. При этом дети с ринолалией и дизартрией могут составить отдельные группы при наличии достаточного контингента или зачисляются в I или II группу в зависимости от их речевого развития.

При отборе детей осуществляется тщательная дифференциальная диагностика речевых нарушений от сходных состояний — нарушений речи при умственной отсталости, задержке психического развития, нарушениях слуха, РДА и др.

Дети с заиканием зачисляются в группы с 2 лет, как правило, с момента появления дефекта (2—3 года) сроком на один год. Дети с ОНР принимаются сроком на 2—3 года (в зависимости от возраста и уровня речевого развития) в возрасте 3—5 лет, поскольку современные методы обследования речи позволяют установить это нарушение к 2,5—3 годам.

Дети с ФФН принимаются на один год обучения с 5 лет, так как к этому возрасту в норме заканчивается формирование звуковой системы речи и фонематического слуха.

Дети с нарушением произношения звуков (наличии 4—5 дефектных звука) зачисляются на полгода с целью их постановки и автоматизации.

По окончании установленного срока дети, нуждающиеся в продолжении коррекционного обучения, повторно обследуются и при необходимости могут быть направлены в лечебно-оздоровительные учреждения или психолого-педагогические центры.

При организации фронтальной работы с детьми основным критерием является структура речевого дефекта и степень его выраженности (уровень речевого развития).

Предусмотрена индивидуальная логопедическая работа с каждым ребенком, ориентированная на коррекцию специфических затруднений в произношении звуков, восприятии, звукослоговой структуре и других видах речевой недостаточности, обусловленных различными формами речевой патологии (алалией, дизартрией, ринолалией, заиканием и др.).

Содержание обучения и воспитания детей с нарушениями речи определяется специальными программами, разработанными для детей с заиканием (С. А. Миронова), детей с ФФН и ОНР (Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева). В программах предусмотрено всестороннее развитие детей, которое обеспечивается следующими разделами: «Игра», «Труд», «Физическое и музыкальное воспитание», «Развитие элементарных математических представлений», «Ознакомление с окружающим миром», «Изобразительная деятельность и конструирование», «Развитие речи». Раздел «Развитие речи» является специальным, в нем отражается содержание коррекционно-предупредительной работы, направленной на устранение речевой недостаточности и вторичных проявлений дефекта. Задачи, содержание и методика этого раздела работы определяются в зависимости от специфики нарушения.

Так как в структуре многих речевых нарушений, как правило, выделяются два типа недостаточности — собственно нарушение речи (различных ее компонентов) и обусловленное им недоразвитие неречевых процессов, обеспечивающих речевую деятельность, реабилитационная программа предусматривает два направления работы:

формирование речевых компонентов (произношение, фонематическое восприятие, темпо-ритмическая организация речи и т. д.), развитие познавательных способностей, внимания, памяти, речевого поведения и др.

Конечной целью реабилитации ребенка с речевым нарушением средствами образования является полноценная подготовка к обучению в массовой школе. Опыт многолетней работы специальных ДОУ доказал их высокую эффективность. Около 80% выпускников детских дошкольных учреждений для детей с нарушениями



речи продолжают обучение в массовых школах, около 20% — в специальных школах для детей с нарушениями речи.

Деятельность специальных детских садов обеспечена Положением, программами, методическими рекомендациями к отбору и комплектованию, методической литературой. Тем не менее, к настоящему времени не разработано достаточного количества методик и особенно дидактических материалов и пособий для детей и родителей.

По мере развития сети дошкольных учреждений, обеспечивающих потребность в логопедической помощи, предусматривается дальнейшая дифференциация обучения детей с различными речевыми аномалиями (заикающихся с нормой речевого развития, детей с легкой степенью дизартрии, детей с ринолалией и др.).

### **Учебно-воспитательный комплекс (УВК)**

Учебно-воспитательный комплекс включает так называемые логопедические классы, которые являются звеном системы непрерывного образования и предоставляют учащимся с речевыми нарушениями адекватные возможности для его продолжения с учетом интересов и психо-физиологических возможностей каждого ребенка.

Основная цель логопедических классов — предупреждение нарушений письменной речи у детей с речевым недоразвитием, развитие коммуникативных навыков устной речи, подготовка к успешному обучению на II ступени общеобразовательной школы.

На основе сочетания фронтальных и индивидуальных форм обучения в УВК создаются благоприятные условия для преодоления дефектов устной речи, для предупреждения неуспеваемости по основным учебным предметам.

Логопедические классы обеспечивают детям с неглубокими нарушениями речи получение образования в объеме I ступени общеобразовательной школы.

За время обучения дети приобретают навыки полноценной устной речи (звукопроизношения, фонематического восприятия, лексико-грамматического оформления связного высказывания), необходимые навыки учебной деятельности; обучаются чтению и письму.

Направление детей в логопедические классы производится местными отделами образования на основе заключения ПМПК. Приему подлежат дети в возрасте 7 лет с нерезко выраженным ОНР или ФФН, представляющие группу риска по дисграфии и дислексии.

УВК — новая форма логопедической помощи детям, слабо подготовленным к обучению в обычных условиях из-за недоразвития речи. Логопедические классы, как правило, организуются на базе ДОУ и в этих случаях имеют хорошие профессиональные кадры.

## Школа для детей с нарушениями речи

Специальная общеобразовательная школа для детей с тяжелыми нарушениями речи (V вида) — коррекционное учреждение, предназначенное для детей, страдающих алалией, афазией, ринолалией, дизартрией, заиканием при нормальном слухе и полноценных предпосылках интеллектуального развития.

В школе осуществляется комплексная психолого-педагогическая коррекция особенностей психического (в том числе и речевого) развития и решаются общеобразовательные задачи. Школа имеет два отделения.

В I отделении обучаются дети, имеющие ОНР, обусловленное алалией, дизартрией, ринолалией, афазией, которое препятствует обучению в общеобразовательной школе. При комплектовании классов I отделения учитываются возраст, уровень речевого развития, характер первичного дефекта и объем школьных знаний и умений.

Во II отделение принимаются дети, страдающие тяжелой формой заикания. Нормативный срок освоения школьной программы для учащихся I отделения — 10—11 лет, для учащихся II отделения — 10 лет.

Специальная школа имеет переменный состав учащихся, что позволяет осуществлять гибкую интеграционную тактику по отношению к детям с положительной динамикой коррекции речевого и общего психического развития.

Слабым звеном в оказании дошкольной и школьной логопедической помощи в пределах одного региона является отсутствие подлинной преемственности. Например, нередки случаи, когда среди первоклассников I отделения школы только 50—55% детей посещали логопедические ДОУ.

Неблагополучно положение II отделения с точки зрения его комплектации и организации согласованного комплекса реабилитационных мероприятий по устранению заикания как основного дефекта, а также с точки зрения нормализации психического развития и коммуникативного поведения с одновременным преодолением речевого недоразвития разной степени, также влияющего на качество усвоения школьной программы.

Вопросы комплектования школы, содержания и методов обучения продолжают оставаться крайне актуальными и, в связи с выраженной мозаичностью контингента детей, требуют согласования усилий специалистов медицинского, педагогического и психологического профиля.

### Логопедический пункт

Логопедический пункт — специальное учебно-воспитательное учреждение, основными задачами которого являются: коррекция нарушений устной и/или письменной речи учащихся; своевременное предупреждение и преодоление неуспеваемости, обусловленной этими нарушениями; консультативная помощь учителям, родителям.

Основной контингент детей, зачисляемых на логопедические занятия — дети, имеющие:

- общее недоразвитие речи, преимущественно III уровня, закономерно сопровождающееся дислалией и дисграфией, трудностями в усвоении программы по русскому языку;

- фонетико-фонематическое недоразвитие, которое обуславливает дислексию и дисграфию;
- заикание различной формы и степени, которое может влиять на успеваемость и школьную адаптацию;
- нарушения произношения звуков, обусловленные нарушением строения и функции речевого аппарата, затрагивающие фонетические стороны речи и не влияющие на успеваемость.

В первую очередь на занятия зачисляются дети, относящиеся к первым трем категориям.

Основной формой организации учебно-коррекционной работы являются групповые занятия. Группы комплектуются учащимися с однородными нарушениями речи.

Срок коррекционного обучения определяется тяжестью нарушения и варьируется от 4—9 мес. до 1,5—2 лет.

В настоящее время логопедические пункты являются наиболее массовой формой помощи детям с нарушениями речи. Результативность работы логопедических пунктов при общеобразовательных школах достаточно высокая. Она определяется следующими положениями:

- на логопедических занятиях без отрыва от школьного обучения последовательно осуществляется нормализация различных видов речевой деятельности (произношения, фонематического восприятия, звукового анализа, лексико-грамматического развития, письма, чтения);
- методом устного опережения формируется готовность к усвоению языковых закономерностей на уроках русского языка;
- активизируется речемыслительная деятельность и корригируются особенности психического развития, обусловленные речевым нарушением.

Существующая система логопедической поддержки учащихся общеобразовательных школ позволяет значительному числу детей с речевыми нарушениями успешно усваивать школьную программу.

В сельской местности логопедическая служба развита недостаточно.

**Логопедический кабинет при детской поликлинике** является самым распространенным подразделением в системе логопедической помощи детскому населению по линии здравоохранения. Логопед обязан оказывать помощь детям в возрасте от 2 до 14 лет со всеми видами речевой патологии независимо от уровня интеллектуального развития и сохранности физического слуха.

Логопед, работающий в этом учреждении, руководствуется «Положением о логопедическом кабинете детской поликлиники», которое определяет следующие направления его деятельности:

- педагогическая (логопедическая) работа по исправлению нарушений речи детей на систематических и консультативных занятиях;
- выявление детей с речевым недоразвитием и направление их на ПМПК для последующего устройства в дошкольные и школьные учреждения или речевые стационары разного профиля;

- участие в комплектовании логопедических учреждений здравоохранения и образования и оформление на каждого ребенка логопедической характеристики;
- профилактическое обследование детей, посещающих дошкольные учреждения;
- санитарно-просветительская работа с родителями, педиатрами, воспитателями детских садов.

Наиболее тесные связи логопед детской поликлиники имеет с дошкольными учреждениями системы образования (преимущественно в крупных городах). В регионах с неразвитой логопедической инфраструктурой логопед детской поликлиники вынужден ограничиваться консультативной работой, общими рекомендациями; нередко отказывает родителям, обращающимся за помощью по поводу задержки речевого развития детей в возрасте 2—3 лет, ошибочно квалифицируя ее как временную (темповую). Специализированных учреждений для детей этого возраста крайне мало, пособий для родителей по активизации речи детей пока не существует.

В настоящее время не налажена должным образом преемственность между логопедическим кабинетом, логопунктом общеобразовательной школы, логопедическим детским садом, что самым пагубным образом влияет на сроки и эффективность устранения различных форм речевого недоразвития.

### **Стационары при детских больницах и психоневрологических диспансерах (детские санатории)**

В системе логопедических учреждений здравоохранения созданы так называемые «речевые» стационары или отделения при специальных детских больницах, диспансерах, научно-технических центрах. В них оказывается квалифицированная помощь лечебно-оздоровительного и психолого-педагогического характера детям, имеющим, помимо речевых дефектов, сопутствующие отклонения в физическом развитии.

В стационары принимаются дети дошкольного и школьного возраста с диагнозом: алалия, дизартрия, ринолалия, заикание и, как правило, дети с неустановленным диагнозом — для отграничения от сходных состояний. В стационарах осуществляется углубленное обследование медицинскими специалистами, логопедом, дефектологом и психологом, применяются объективные методы исследования, намечаются направления коррекционной работы и соответствующий комплекс лечебных мероприятий. Дети со сходными речевыми нарушениями объединяются в группы (на 3—6 месяцев), за которыми закрепляются логопед и воспитатель. Воспитатель, наряду с выполнением рекомендаций логопеда, решает ряд общеобразовательных задач. Содержание логопедических меропри-

ятий намечается совместно с медицинским персоналом на основании результатов обследования.

В санатории направляются соматически ослабленные дети с выраженной речевой патологией (заиканием, алалией, дислалией, дизартрией). Группы комплектуются с учетом возраста и тяжести речевого дефекта. Осуществляется комплекс оздоровительных мероприятий и логопедические занятия по коррекции речи. Логопед частично использует методики коррекции речевых нарушений, разработанные для учреждений образования.

## **5. ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

В настоящее время разработаны научно обоснованные системы коррекционного обучения детей дошкольного возраста, внедрены в практику и адаптированы к различным типам логопедических учреждений.

Наиболее полно представлены системы коррекционного воспитания и обучения в вариативных программах дошкольных образовательных учреждений (Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Г. А. Каше, Н. А. Чевелева, С. А. Миронова и др.). В общем виде в программах реализуются следующие задачи развития речи:

структурные — осуществляется формирование разных структурных уровней системы языка: фонетического, лексического, грамматического;

функциональные — формируются навыки владения речью в общении (обмен информацией и переживаниями);

когнитивные — формируется осознание языка и речи, последовательное усложнение интеллектуально-речевых действий на основе усложнения мотивации и соотнесения мотива и результата.

Эти задачи определяют общую стратегию коррекции речи ребенка, но обязательно подразделяются на ряд более конкретных задач, определяемых типом ведущего (первичного) дефекта в структуре речевого нарушения. Характер коррекционного воздействия и выбор методических приемов зависят от того, какие звенья речевой системы нуждаются в первоочередной коррекции и формировании.

По отношению к детям, имеющим преимущественные нарушения речевых средств, на первый план выдвигается систематическое формирование лексико-грамматической системы и связной речи; по отношению к заикающимся — формирование различных сторон речевого поведения и преодоление свойств, отрицательно влияющих на плавное течение связной речи как произвольной деятельности.

Вычленение задач развития речи носит условный характер, так как в работе с детьми они тесно связаны. Во всех случаях, однако, реализуется задача снятия аффективной реакции на дефект, предупреждение более глубоких вторичных проявлений дефекта и подготовка к обучению в школе.

Решение коррекционных задач невозможно без учета исходных положений дошкольной педагогики. К ним относятся:

- принцип взаимосвязи сенсорного, умственного и речевого развития детей; он базируется на понимании речи как речемыслительной деятельности, развитие которой связано с познанием окружающего мира;

- формирование речи осуществляется в определенной последовательности — от конкретных значений к более абстрактным — путем решения речемыслительных задач. Репродуктивные формы обучения применяются в определенных пределах на начальных этапах коррекции; для развития частных механизмов речи: например, нормализация моторики артикуляционного аппарата; усвоение навыков слоговой структуры и др.;

- принцип коммуникативно-деятельностного подхода к развитию речи. Учитываются психолингвистические положения о последовательном усложнении речевых операций — от речевого навыка к речевому умению и речевым высказываниям, подчиненным задачам общения;

- принцип формирования элементарного осознания языковых явлений. В основе усвоения речи ребенком лежит неосознанное обобщение явлений языка. У детей с речевыми нарушениями этот процесс происходит своеобразно и дисгармонично вследствие первичного недоразвития языковой способности. Необходимо на ранних стадиях коррекции формировать не только произвольность речи, но и ее осознанность. В наибольшей степени этот принцип продуктивен при обучении и воспитании детей с общим недоразвитием речи (алалией, дизартрией, ринолалией) и при подготовке к обучению и предупреждению нарушений письменной формы речи;

- принцип обеспечения активной речевой практики. Он заключается в употреблении и восприятии детьми различных форм речи в меняющихся условиях общения. Для каждой формы речевого нарушения используются наиболее адекватные частные приемы, обеспечивающие речевую активность детей в различных видах деятельности.

Классификация методов коррекционного обучения зависит от выбора стратегии логопедического воздействия при различных вариантах отклонения речевой деятельности.

В настоящее время наиболее четко выделены четыре подхода к обучению языку:

бихевиористский, при котором овладение нормативным языком происходит через образование речевых автоматизмов в ответ на стимулы, предъявляемые ребенку специалистом;

интуитивно-сознательный, при котором предусматривается глобальное и интуитивное овладение грамматическими моделями и последующее осознание их смысла;

сознательный, когда сначала осознается значение грамматической структуры, затем организуется речевая практика;

коммуникативно-деятельностный, в основе которого находятся идеи коммуникативной лингвистики и психологические теории деятельности. Процесс коррекции речевых нарушений строится в соответствии с процессом речевой коммуникации, т. е. отбор речевых единиц, лексических тем и ситуаций общения отражает практические потребности и мотивы детей.

В современных логопедических методиках при обучении детей с системными речевыми нарушениями (общее недоразвитие речи; выраженное фонетико-фонематическое недоразвитие) наиболее эффективным является коммуникативно-деятельностный подход, предполагающий использование следующих методов:

взаимосвязанное обучение видам речевой деятельности, ситуативно-тематическая организация языкового материала, опцентричность в подаче и закреплении речевого материала, опора на высказывание и текст как основные единицы языковой системы,

подчиненность речевых навыков развитию коммуникативных умений.

Одной из актуальных проблем дошкольной логопедической дидактики является классификация методов и приемов развития речи при разных формах дефекта, характеристика их применения в процессе общения детей со взрослым, в игровой и бытовой деятельности и т. п. (С. А. Миронова, Н. А. Чевелева, Л. Г. Соловьева, Ю. Ф. Гаркуша и др.).

Традиционно используются модификации словесных, наглядных и игровых методических приемов развития речи. Особенно широко применяются словесные приемы: речевой образец, повторное проговаривание, объяснение, оценка детской речи, вопрос. Своеобразие применения разных методов и приемов развития речи дошкольников наиболее полно представлено в работах С. А. Мироновой, Т. Б. Филичевой, Г. А. Каше, Л. Н. Ефименковой, Н. С. Жуковой и другими.

При формировании различных компонентов речевой системы также применяются:

методы лингвистические, к которым относится: структурный (изучение связей, отношений и противопоставлений внутри языковой системы); метод лингвистического описания (описание единиц языка и их функционирования в языковой системе); метод дескриптивный (эмпирическое описание строения детского текста);

психолингвистические методы: ассоциативные методики; методики семантического шкалирования; формирующий лингвистический эксперимент (формирование языковой способности. А. А. Леонтьев, 1969).

**Основными особенностями познавательной сферы детей с речевыми нарушениями** являются: недостаточная сформированность и дифференцированность мотивационной сферы, недостаточная концентрация и устойчивость внимания, слабость в развитии моторики, пространственные трудности. Без направленной коррекционной работы эти имеющиеся у детей трудности в дальнейшем могут принять бóльшую выраженность и привести к отсутствию интереса к обучению, снижению объема памяти, ошибкам запоминания, трудностям в овладении письмом (дисграфии), дислексии, несформированности счетных операций, слабому овладению грамматикой. Для обеспечения нормального развития ребенка в целом в программу обучения включается комплекс заданий, направленных на развитие когнитивных процессов: памяти, внимания, мышления, воображения и предпосылок их нормального развития (формирование мелкой моторики, зрительно-пространственного и слухового гнозиса, познавательной активности, мотивационной сферы).

Указанные особенности в развитии детей требуют специальной работы по их коррекции, учитывающей сильные и слабые стороны развития их психики. Особое внимание при обучении уделяется развитию произвольной, осознанной деятельности, умению контролировать свои действия и достигать требуемого результата. В I классе необходимо также осуществить переход от доминирующей в дошкольном возрасте игровой деятельности к учебной.

Упражнения, направленные на развитие познавательной сферы, должны быть включены в структуру занятия и осуществляться параллельно с реализацией учебных и воспитательных целей или в форме самостоятельных упражнений в виде игры, беседы или зарядки.

Так как познавательные процессы существуют и развиваются в тесной взаимосвязи между собой и представляют сложные системные образования, то каждое упражнение, адресованное к какому-либо определенному познавательному процессу, одновременно влияет и на другие. Так, например, упражнения, направленные на развитие моторики ребенка, одновременно укрепляют его внимание и моторную память; рисование помимо развития моторики положительно влияет на внимание, пространственные представления, мышление, таким образом, деление методических рекомендаций на разделы несколько условно, поскольку задача их едина. В каждом разделе задания располагаются от простых, направленных на развитие более низких элементарных уровней познавательных процессов, к сложным, способствующим развитию высокоорганизованных, опосредованных речью и другими психическими



процессами, уровням. Задания в зависимости от ведущей задачи должны отвечать закономерностям развития любой психической функции: от наглядной деятельности к образной, затем к словесно-логической и абстрактной. Также необходимо учитывать, что по мере развития психики ребенка речь все больше опосредует все сферы его деятельности.

В процессе обучения необходимо сочетать упражнения, направленные на развитие различных познавательных функций (например, в течение одного занятия предъявляются задания на развитие моторной сферы и на внимание). Логопед должен отмечать успешность выполнения заданий каждым ребенком, выяснять, в какой сфере он более успешен, а в какой — менее, и в зависимости от выявленного «профиля развития» конкретного ученика строить индивидуальный план занятий по данной программе. Для того чтобы занятия дали максимальный результат, рекомендуется использовать различные игры, как индивидуальные, так и групповые, повышающие заинтересованность ребенка в достижении результата и в самом процессе деятельности, вовлекающие в процесс познавательной деятельности эмоциональные и личностные аспекты детей данного возраста. Большое значение придается развитию произвольного внимания, коммуникативно-речевой активности, организации речевого поведения в группе.

В коррекционных программах, как правило, выделяется работа по следующим разделам:

- I. Моторное развитие.
- II. Восприятие.
- III. Внимание и память.
- IV. Формирование пространственных представлений.
- V. Критичность, контроль, программирование психической деятельности.
- VI. Развитие мышления.

Каждый раздел направлен на развитие определенной познавательной способности и когнитивной сферы ребенка в целом и осуществляется в тесном сотрудничестве с психологом.

### **Частные задачи и принципы обучения и воспитания детей с нарушениями речи**

Методика логопедического воздействия при различных видах и формах речевой недостаточности использует все многообразие психолого-педагогических методов дошкольной коррекционной педагогики, однако сфера и особенности применения этих методов определяются спецификой речевого расстройства, структурой соотношения первичных и производных нарушений ребенка, его возрастными особенностями.

Логопедическое воздействие имеет своей целью направленную **стимуляцию** речевого развития с учетом нарушенной функции речевого механизма, **коррекцию** и **компенсацию** нарушений отдельных звеньев и всей системы речевой деятельности, **воспитание** и **обучение** ребенка с речевым нарушением для последующей интеграции его в среду нормально развивающихся дошкольников. В случае выраженных («тяжелых») нарушений речи важную роль играет **перестройка речевой функции** и формирование компенсаторных механизмов, замещающих нарушенное звено.

Логопедическое воздействие во всех его аспектах включает в себя: устранение дефекта (например, дефектов произношения, голоса); нормализацию речевых процессов (при заикании); минимизацию речевого расстройства (при выраженной дизартрии), а также преодоление вторичных влияний на личность и интеллект ребенка.

Огромное значение имеет предупреждение отсроченных проявлений системных речевых нарушений (при алалии, дизартрии, ринопалии и др.), проявляющихся наиболее отчетливо при обучении в школе.

При определении направления логопедического воздействия учитываются:

- совокупность этиологических факторов;
- механизм речевого нарушения;
- тяжесть ведущего нарушения;
- структурно-функциональная организация речевой системы при разных формах нарушения.

Большое значение для эффективного устранения речевого недоразвития имеет изучение соотношения коммуникативной и речевой способности ребенка. Основными показателями сформированности коммуникативных умений принято считать следующие:

- ребенок проявляет осознанный интерес к общению;
- ребенок активен, самостоятелен, обучается в полную меру своих речевых возможностей;
- ребенок способен оказывать помощь партнеру по общению и прислушиваться к совету;
- ребенок критически относится к результатам общения, правильно «оценивает» вклад каждого участника.

В специальной методике обучения детей с общим недоразвитием речи (ОНР) помимо взаимосвязанного обучения видам речевой деятельности реализуется принцип комплексной и ситуативно-тематической организации речевого материала. Логопед преподносит детям в доступной форме фонетику (в рамках коррекции произношения), грамматику (корректируя аграмматизм), лексику родного языка (расширяя пассивный и активный словарь). Однако выбор фонетического, грамматического и лексического материала не является произвольным, он группируется вокруг типовой ком-

муникативной ситуации. Таких ситуаций огромное число, и при их отборе учитываются коммуникативные потребности детей, их сферы общения и цели коррекционного обучения.

С «привязкой» к определенной ситуации лексических групп слов, грамматических конструкций и фонетики тесно связан принцип функциональности в отборе языкового материала.

Основные направления формирования полноценной речевой деятельности дошкольников в процессе целенаправленного обучения и воспитания отражены в программно-методической литературе (С. А. Миронова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Н. С. Жукова и др.).

Разработаны логопедические технологии применительно к разным формам нарушений, направленные на адаптацию детей к интегративным условиям обучения, изложение которых выходит за рамки данной главы.

### **Вопросы и практические задания**

1. Сформулируйте общие и специфические задачи воспитания и обучения детей с нарушениями речи.
2. В чем состоят признаки нарушения речевого развития в раннем возрасте?
3. Выделите ключевые положения психолого-педагогической классификации речевых нарушений, укажите ее роль в организации логопедического воздействия и разработке необходимых методов.
4. Определите основные задачи специальных программ развития речи дошкольника.
5. Охарактеризуйте систему дошкольной логопедической помощи детям с нарушениями речи.
6. В чем состоит специфика познавательной сферы ребенка с речевым нарушением, как она учитывается при коррекции речевого дефекта?
7. Какие методы логопедического воздействия применяются при устранении различных форм речевого нарушения?

### **Литература**

1. *Миронова С.А.* Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях. — М., 1991.
2. Методы обследования речи у детей / Под ред. Г.В.Чиркиной, И.Г.Власенко. — М., 1996.
3. *Каше Г.А.* Исправление недостатков речи у дошкольников. — М., 1972.
4. *Филичева Т.Б., Чиркина Г.В., Чевелева Н.А.* Основы логопедии. — М., 1989.

## **Глава 8. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

### **1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ**

В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики, медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основной задачей системы обучения и воспитания является социальная адаптация и интеграция в общество детей с двигательными нарушениями и включение их в общественно-полезную деятельность.

Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5—7 % детей. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с патологией опорно-двигательного аппарата отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений. Отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

- I. Заболевания нервной системы:  
детский церебральный паралич (ДЦП),  
полиомиелит.
- II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:  
врожденный вывих бедра,  
кривошея,  
косолапость и другие деформации стоп,  
аномалии развития позвоночника (сколиоз),  
недоразвитие и дефекты конечностей,  
аномалии развития пальцев кисти,  
артрогрипоз (врожденное уродство).
- III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:  
травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей,

полиартрит,  
заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит),

системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами (89 %). Двигательные расстройства у них сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с органическим поражением нервной системы и ограниченными возможностями познания окружающего мира. Очень часто отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Поэтому наряду с лечебной и социальной помощью эти дети нуждаются также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Часть детей не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Чаще всего при выявлении заболевания или повреждения опорно-двигательного аппарата у ребенка в младенческом или раннем возрасте усилия родителей направлены преимущественно на развитие и коррекцию нарушенных двигательных функций, т. е. на восстановительное лечение. Хотя родители замечают некоторые особенности психического, речевого развития, личности ребенка, они в большинстве случаев не торопятся обращаться к специальным педагогам, логопедам, психологам. Часть родителей считает, что психическое и речевое развитие выровняется после того, как ребенок будет вылечен или добьется больших успехов в двигательном развитии. Другие полагают, что болезнь всегда накладывает свой отпечаток на психику, поведение ребенка, и это невозможно изменить. Большинство же родителей не знают о существовании системы специального (коррекционного) обучения и воспитания детей с патологией опорно-двигательного аппарата. Между тем, основные направления и пути психолого-педагогической и логопедической коррекции детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата уже несколько последних десятилетий разрабатываются и успешно применяются на практике в различных учреждениях. Отечественные ученые Л. А. Данилова, М. В. Ипполитова, Е. М. Мастюкова, Е. Ф. Архипова и др. обосновали необхо-

димось специального обучения и воспитания детей с церебральным параличом, начиная с первых месяцев жизни. Они раскрыли задачи, содержание и методы коррекционной работы в младенческом, раннем и дошкольном возрасте и доказали ее высокую эффективность при условии раннего начала и адекватности коррекционного воздействия.

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

Детский церебральный паралич — это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных (от 5 до 9 в разных регионах страны). Современная статистика только по Москве насчитывает около 4 тысяч детей, страдающих церебральным параличом.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом, при ДЦП страдают самые важные для человека функции — движение, психика и речь. Ведущими в клинической картине детских церебральных параличей являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками.

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

**Патогенез.** Причиной ДЦП является органическое поражение центральной нервной системы, вызванное влиянием различных неблагоприятных факторов, действующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наиболее частые случаи возникновения ДЦП связаны с поражением мозга во

внутриутробном периоде и в момент родов. Так, из каждых 100 случаев церебрального паралича 30 возникают внутриутробно, 60 — в момент родов, 10 — после рождения (Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская).

### **Этиологические факторы возникновения ДЦП**

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов могут оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Это может произойти в любой момент беременности, но особенно опасно действие повреждающих факторов в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т. е. в то время, когда интенсивно закладываются все органы и системы. К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся:

- Инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз).

- Сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери.
- Токсикозы беременности.
- Физические травмы, ушибы плода.
- Несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови.

Гемолитическая болезнь (болезнь крови) новорожденных может возникнуть в тех случаях, когда у матери кровь резус-отрицательна, у отца — резус-положительна и плод унаследовал резус-принадлежность от отца. В основе гемолитической болезни лежит разрушение (гемолиз) эритроцитов плода под влиянием резус-антител матери. Заболевание плода развивается в среднем у одной из 25—30 резус-отрицательных женщин. С каждой последующей беременностью вероятность резус-конфликта повышается.

- Физические факторы (перегревание или переохлаждение; действие вибрации; облучение, в том числе и ультрафиолетовое в больших дозах).

- Некоторые лекарственные препараты.
- Экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода и воздух; содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов, различных синтетических добавок).

Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Развитие плода, особенно его нервной системы, в условиях хронической гипоксии нарушается; может иметь место недоношенность, врожденная гипотрофия, функциональная незрелость, понижен-

ная сопротивляемость к действию внешних факторов. У плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, недостаточность защитных и адаптационных механизмов обуславливает большую возможность возникновения родовой травмы, которая, в свою очередь, усугубляет изменения, возникшие внутриутробно. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения детского церебрального паралича. Родовая травма, с одной стороны, воздействует на мозг, как и всякая механическая травма, с другой — она вызывает нарушение мозгового кровообращения и в тяжелых случаях — кровоизлияние в мозг. Причинами родовой травмы могут быть узкий таз матери, особенно при беременности крупным плодом, преждевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности, неправильное предлежание плода. Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией (патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания, сердечной деятельности). У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень риска для возникновения ДЦП. У недоношенного плода есть большой риск возникновения асфиксии и родовой травмы. В настоящее время асфиксия и родовая травма часто рассматриваются как следствие действия уже имеющейся внутриутробной патологии. Причиной возникновения ДЦП может быть механическая родовая травма (применение щипцов, вакуум-экстрактора).

Детский церебральный паралич может возникать и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы, как осложнение после прививок на первом году жизни.

Итак, ДЦП — это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает в результате действия различных экзо- и эндогенных вредностей на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов.

## **2. ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЦП**

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. Темпы двигательного развития при ДЦП могут широко варьировать.

В силу специфики двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не мо-



гут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. 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. Важнейшими из них являются:

1. 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 кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

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

При *гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые; объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц во многом связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного анализатора.

*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 отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом. Это свидетельствует о сложном механизме нарушений мышечного тонуса, которые зависят от многих факторов. Большое значение в нарушениях мышечного тонуса у детей с церебральным параличом имеет фактор неравномерного созревания различных мозго-

вых структур. Нарушения мышечного тонуса могут варьировать в широком диапазоне: от грубых до практически приближающихся к нормальному мышечному тону.

2. 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 произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей головного мозга, называется центральным 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 ногу. 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.

3. Наличие насильственных движений. Для многих форм ДЦП 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, во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей.

*Тремор* — дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Он наиболее выражен при целенаправленных движениях. В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальце-носовая проба по выявлению тремора).

4. Нарушения 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: дети ходят на широко расставленных ногах (с целью компенсации дефекта), пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребе-

нок испытывает трудности в манипулятивной деятельности.

5. Нарушение ощущений движений (кинестезий). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называют мышечно-суставным чувством. Специальными исследованиями показано, что при всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения (К. А. Семёнова, Н. М. Махмудова, 1979). Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условнорефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений и их стереотипизации, задерживает формирование тонких координированных движений. Нарушения ощущений движений особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП.

6. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (стато-кинетических рефлексов). Стато-кинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

7. Синкинезии. *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). При ДЦП синкинезии возникают вследствие чрезмерной иррадиации возбуждения, что исключает возможность необходимого контроля со стороны центральной нервной системы.

8. Наличие патологических тонических рефлексов. Их выраженность отражает основной механизм нарушений при ДЦП. Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его созревания. При нормальном развитии тонические реф-

лекссы проявляются нерезко в первые месяцы жизни. Постепенное их угасание создает благоприятную основу для появления более высокой ступени в безусловно-рефлекторной деятельности ребенка, так называемых установочных рефлексов. При нормальном ходе развития к 3 месяцам жизни позотонические рефлексы уже не проявляются.

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Их центрами являются нижележащие спинальные и стволовые отделы головного мозга. Высшие интегративные двигательные центры при ДЦП не оказывают тормозящего влияния на нижележащие отделы мозга. С другой стороны, выраженность активного функционирования нижележащих мозговых структур проявляется в патологическом усилении позотонических рефлексов, задерживает созревание высших интегративных центров коры, регулирующих произвольные движения, речь и другие корковые функции. Тонические рефлексы активизируются и сосуществуют с патологическим мышечным тонусом и другими двигательными нарушениями. Их выраженность препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые являются основой для развития произвольных двигательных навыков и умений. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций у детей с церебральным параличом.

Среди позотонических рефлексов в оценке структуры дефекта при ДЦП важнейшее значение имеют следующие:

а) Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР) зависит от положения головы в пространстве и проявляется в двух положениях: на спине и на животе. ЛТР у детей с церебральным параличом проявляется в повышении тонуса мышц-разгибателей, когда ребенок лежит на спине, и мышц-сгибателей, когда он лежит на животе. В положении на спине ребенок запрокидывает голову назад, ноги разогнуты, напряжены, приведены и ротированы (повернуты) внутрь, стопы в подошвенном сгибании. Руки обычно разогнуты и пронированы, пальцы сжаты в кулаки. Ребенок не может поднять и нагнуть голову или делает это с большим трудом, т. е. у него отсутствуют важнейшие предпосылки для сидения, он не может схватить предмет, поднести его к лицу, рассмотреть. В положении на животе у ребенка преобладает поза сгибания: согнута голова и спина, руки находятся под грудной клеткой в согнутом положении, кисти сжаты в кулаки; ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра и голени приведены. За счет выраженности ЛТР ребенок и в положении на животе не может поднять голову,

освободить руки и опереться на них, не может выпрямить ноги и спину, встать на колени, а затем принять вертикальное положение.

б) Симметричный шейный тонический рефлекс (СШТР) у детей с церебральным параличом проявляется во влиянии движений головы в шейном отделе позвоночника на мышечный тонус конечностей. При сгибании головы (наклон вперед—вниз) повышается тонус мышц-сгибателей верхних и разгибателей нижних конечностей; ребенок наклоняется вперед. При разгибании головы (назад) повышается тонус мышц-разгибателей верхних и сгибателей нижних конечностей, ребенок запрокидывается назад.

в) Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР) имеет особое значение в структуре дефекта при ДЦП, так как он отличается значительной стойкостью и препятствует развитию не только произвольной двигательной активности, но и познавательной деятельности. Этот рефлекс проявляется во влиянии поворота головы в сторону на мышечный тонус конечностей. Поворот головы в сторону усиливает тонус разгибателей конечностей на стороне, куда повернуто лицо, и тонус сгибателей с другой стороны, куда повернуто затылок (если голова ребенка поворачивается вправо, его правые конечности разгибаются, а левые сгибаются). Ребенок принимает «позу фехтовальщика». Рефлекс больше проявляется в руках. При выраженности АШТР голова и глаза ребенка могут быть фиксированы в одну сторону, что приводит к ограничению его поля зрения.

У детей с церебральным параличом может наблюдаться сочетание указанных рефлексов, что значительно утяжеляет структуру их дефекта. Выраженность тонических рефлексов обычно отражает тяжесть заболевания. Проявления этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц и в последующие годы оставаться стойкими. У больных детским церебральным параличом развитие моторики чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Больному может быть 2, 5, 10 и более лет, а его двигательное развитие находится на уровне 2—5 месячного здорового ребенка.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ез-

доть на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила.

### 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 мозгового поражения, так и его степенью и локализацией. 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. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Э. С. Калижнюк, Л. А. Данилова, Е. М. Мастюкова, И. Ю. Левченко, Е. И. Кириченко и др.).

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 легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием психических функций. Для детей с церебральными параличами характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей:

1. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем. Это обусловлено несколькими причинами:

вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;

нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами.

Около 25 % детей имеют аномалии зрения. Отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто отмечается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к дефектному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 6—25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме ДЦП. В таких случаях особенно характерны снижение слуха на высокочастотные тона и сохранность на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (*к, с, ф, ш, в, т, н*), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У некоторых отмечается недоразвитие фонематического слуха с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (*ба-па, ва-фа*). У таких детей возникают трудности в обучении чтению, письму. В письме под диктовку они делают много ошибок. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Иногда отмечается повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (дети вздрагивают, мигают при любом неожиданном звуке), но дифференцированное восприятие звуковых раздражителей у них оказывается недостаточным.

При всех формах церебрального паралича имеет место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз — невоз-

можность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Таким образом, 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.

II. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т. е. отмечается недостаточность одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития; причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (*спереди, сзади, между*) усваиваются с трудом. Дети не могут сложить из частей целое (например, собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать (зеркальное письмо). У детей выражена недостаточность развития фонематического слуха, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений), процессов сравнения и обобщения. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других — наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

III. Выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он про-



является в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность.

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

Можно выделить два варианта задержки психического развития у детей с церебральным параличом.

Первый — временная задержка темпа психического развития. При целенаправленной своевременной коррекции компенсируется. Положительная динамика более выражена, вплоть до достижения нормального уровня развития.

Второй — состояние стойкой, легкой интеллектуальной недостаточности. Недостаточность выражена в большей степени, чем у детей первой группы, но не достигает такой степени дефекта, как при умственной отсталости. Нарушения интеллекта носят обратимый характер, хотя отличаются менее выраженной тенденцией к обратному развитию и компенсации.

Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии.

У детей с умственной отсталостью нарушения всех психических функций чаще всего носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности — восприятия, памяти, мышления, а также гностических функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП.

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других — в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. (Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться.) Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радост-

ное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория).

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим.

У детей с церебральным параличом наблюдается своеобразное формирование личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При нарушениях интеллекта особенности развития личности сочетаются с низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

#### 4. РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЦП

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет до 80 %. Изучению речевых нарушений при ДЦП посвящено много специальных исследований (Л. А. Данилова, Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова, И. А. Панченко и др.).

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. Отставание в развитии речи при ДЦП связано также и с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности. Больные дети имеют сравнительно небольшой жизненный опыт, общаются с весьма небольшим кругом людей (как сверстников, так и взрослых). Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускае-

мые 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 у ребенка не формируется потребности в речевой деятельности. В таких случаях ребенок бывает лишен речевого общения, которое является важной предпосылкой развития речи.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. 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 формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей.

Отмечается определенная 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.

Все перечисленные факторы определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральным параличом. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи.

При ДЦП речевые нарушения затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

У детей с церебральным параличом выделяют следующие основные формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия.

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.

**1. Задержка речевого развития** — более позднее начало речи и замедление темпа ее формирования. Более позднее становление речевой функции обусловлено задержкой развития мозга («молодые» участки коры головного мозга продолжают развиваться после

рождения). При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода.

Доречевой период ребенка с церебральным параличом отличается от того же периода у нормально развивающегося ребенка. Обычно доречевой период при ДЦП затягивается на 2—3 года (Е. Ф. Архипова). Имеется определенная патогенетическая общность нарушения доречевого развития с двигательными нарушениями в целом.

Доречевой период ребенка с нормальным развитием состоит из 4 этапов, которые прослеживаются у детей с церебральным параличом.

1-й этап — безусловно-рефлекторный (до 3 мес.). Крик у здорового новорожденного громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом. При ДЦП отмечается качественное видоизменение крика, его однообразие, непродолжительность (тихий, сдавленный, пронзительный; может быть отсутствие крика; вместо крика — отдельные всхлипывания или гримаса на лице).

2-й этап — начало гуления (с 3 мес.). В норме — наличие интонационной выразительности в крике. При ДЦП отмечается недоразвитие интонационной характеристики крика, который не выражает радости или недовольства, т. е. не изменяется в зависимости от состояния ребенка. Гуление отсутствует или его активность крайне низкая.

3-й этап — интонированное гуление (с 4 мес.). У детей с церебральным параличом наблюдается задержка появления певучего гуления, бедность, неполноценность голосовых реакций. Часто крик преобладает над другими голосовыми реакциями.

4-й этап — лепет (с 6 мес.). При ДЦП отмечается отсутствие или задержка появления лепета. Лепет характеризуется однообразием, бедностью звукового состава, фрагментарностью, малоактивностью, отсутствием четкой интонационной выразительности; возникает редко.

К 12 мес. у детей с церебральным параличом наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком. В лучшем случае ребенок может произносить всего одно-два слова. Таким образом, при ДЦП задержан доречевой период, а также нарушены предпосылки к развитию речи.

Индивидуальные сроки появления речи у детей с церебральным параличом значительно колеблются, что зависит от локализации и тяжести поражения мозга, состояния интеллекта, времени начала и адекватности коррекционно-логопедической работы. При ДЦП наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году

жизни, даже при самых тяжелых формах заболевания, развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Обычно дети начинают произносить первые слова примерно в 2—3 года. Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни. На этом возрастном этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики ребенка. Как правило, фразовая речь формируется к 4—5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5—7 лет) наблюдается ее интенсивное развитие.

При нормальном развитии все стороны речи — лексическая, грамматическая и фонетическая — внутренне взаимосвязаны и взаимозависимы. При ДЦП отмечается задержка и нарушение их формирования.

У детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь (собственная речь) и распространяется предложение, медленно улучшается внятность речи. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже — простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Часто они заменяются словами, обозначающими предметы. Отмечается недифференцированное употребление слов.

У детей с церебральным параличом в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита прежде всего фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно, либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи. Для многих детей с церебральным параличом характерно атипичное (патологическое) усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем языка могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются в дальнейшем по мере формирования патологического речевого стереотипа.

В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений. Даже имея достаточный уровень речевого развития, дети не реализуют своих возможностей в общении (на заданные вопросы часто дают стереотипные однословные ответы). Отмечается отставание в усвоении отдельных языковых категорий (особенно предлогов) и слов, обозначающих пространственно-временные отношения, абстрактные по-

нения. С трудом усваиваются лексические значения слов (иногда вычленяют в слове только конкретное значение, заменяют одно слово другим, совпадающим по звучанию). При ДЦП лексические нарушения обусловлены спецификой заболевания. Количественное уменьшение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании сказуемого с подлежащим, употреблении правильных падежных окончаний.

Возрастная динамика речевого развития детей с церебральным параличом во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем более благоприятная динамика развития речи.

**II. Дизартрия** — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором расстраивается двигательный механизм речи. Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушение звукопроизносительной стороны речи и просодики (мелодико-интонационной и темпо-ритмической стороны речи), а также нарушения артикуляционной моторики, речевого дыхания и голоса. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая.

Основные нарушения при дизартрии:

- Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (в мышцах лица, языка, губ, мягкого неба) — по типу спастичности, гипотонии или дистонии. У детей с церебральным параличом отмечается смешанный и вариативный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре, т. е. в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному.

- Нарушение подвижности артикуляционных мышц. Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата — это основное проявление пареза или паралича этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушение звукопроизношения. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднимание языка вверх).

- **Нарушения дыхания.** Недостаточная глубина дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох часто происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот.

- **Нарушения голоса.** Недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий); отклонения тембра голоса (глухой, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, с носовым оттенком). При различных формах дизартрии нарушения голоса носят специфический характер.

- **Нарушения просодики.** Мелодико-интонационные расстройства часто относят к одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Нарушения темпа речи проявляются в его замедлении, реже ускорении. Иногда имеет место нарушение ритма речи (например, скандированность).

- **Наличие насильственных движений** (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре. Гиперкинезы — непроизвольные насильственные движения, могут быть вычурные движения мышц языка, лица. Тремор — дрожание кончика языка.

- **Нарушение координации движений** (атаксия). Отмечается дисметрия (несоразмерность, неточность) произвольных артикуляционных движений. Часто нужное движение реализуется более размашистым, утрированным, замедленным движением, чем это необходимо (гиперметрия). Иногда наблюдается нарушение координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией (асинергия).

- **Наличие синкинезий.** Синкинезии — непроизвольные сопутствующие движения при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы при попытке поднять кончик языка вверх). Оральные синкинезии — открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

- **Нарушение акта приема пищи.** Отсутствие или затруднение жевания твердой пищи; поперхивание, захлебывание при глотании. Нарушение координации между дыханием и глотанием.

- **Гиперсаливация** (повышенное слюноотечение). Усиленное слюноотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны и снижения самоконтроля). Гиперсаливация может быть постоянной или усиливаться при определенных условиях.

- **Наличие патологических рефлексов** орального автоматизма. При нормальном развитии рефлексы орального автоматизма (губной,

хоботковый, сосательный, поисковый и др.) проявляются с рождения, ослабевают к 3 мес. и пропадают к 1 году. У детей с церебральным параличом эти рефлексы могут быть ослаблены или не вызываться совсем в первые недели и месяцы жизни, что будет затруднять кормление этих детей и препятствовать развитию первых голосовых реакций. Сохранение и усиление этих рефлексов после 1 года препятствует развитию произвольных артикуляционных движений и задерживает развитие речи.

- Специфические нарушения звукопроизношения:

стойкий характер нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;

нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность гласных);

преобладание межзубного и бокового произношения свистящих (*с, з, ц*) и шипящих (*ш, ж, ч, щ*) звуков;

смягчение твердых согласных звуков;

нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке. При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность, нечеткость речи;

специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большего количества времени). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные умения часто распадаются.

Степень выраженности дизартрических нарушений речи зависит от тяжести и характера поражения нервной системы. В легких случаях отмечается неярко выраженная дизартрия. Стертая дизартрия проявляется в нарушении звукопроизношения, незначительных нарушениях речевого дыхания, голосообразования, просодики; ограничением объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений. При тяжелом поражении центральной нервной системы речь становится невозможной. *Анартрия* — полное или почти полное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. По тяжести проявлений анартрия может быть различной: 1) полное отсутствие речи и голоса; 2) наличие только голосовых реакций; 3) наличие звуко-слоговой активности (И. И. Панченко, 1979).

Существуют различные классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, синдромологический подход, степень понятности речи для окружающих.

- На основе принципа локализации мозгового поражения различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную, мозжечковую, корковую формы дизартрии (О. В. Правдина и др.).

- Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом Тартье (1968). Им было выделено 4 степени тяжести речевых наруше-



ний у детей с церебральным параличом: 1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка; 2) нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих; 3) речь понятна только близким ребенка; 4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию).

• При классификации на основе синдромологического подхода выделяют спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии. У детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. При ДЦП общими двигательными нарушениями (основными синдромальными расстройствами) являются спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия. В речевой моторике отмечаются аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения речи определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация дизартрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации мышц и движений артикуляционного аппарата.

**III. Алалия** — это отсутствие или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга. Различают моторную и сенсорную алалию. *Моторная алалия* характеризуется недоразвитием моторной речи. При относительно сохранном понимании речи отмечается недоразвитие лексической, грамматической и фонетической стороны речи. Ребенок испытывает затруднения в построении фраз, искажает слоговую структуру слов (переставляет и пропускает звуки и слоги). Отмечается бедность активного словаря, аграмматизмы. В отличие от дизартрии артикуляционные возможности для правильного произношения большинства звуков сохранены. Обычно ребенок может выполнить артикуляционные движения на неречевом уровне, но затрудняется реализовать эти возможности в речи.

При *сенсорной алалии* нарушено понимание обращенной речи при сохранном слухе и познавательной деятельности. Сенсорная алалия наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП.

Итак, для детей с церебральным параличом характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся как в виде обратимых нарушений (задержка доречевого и речевого развития), так и в виде более стойких системных расстройств всех сторон речи (общее недоразвитие речи).

## 5. КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Основоположником изучения проблемы церебральных параличей является английский хирург-ортопед Литтл (1853). С этого времени был предложен ряд классификаций ДЦП (Форд, 1945; Д. С. Футер, 1958 и др.), где двигательные нарушения рассматривались как центральное, ведущее звено ДЦП, но не давалось представлений о характере психических и речевых расстройств.

В настоящее время в нашей стране принята классификация, удобная в практической работе врачей, логопедов-дефектологов, психологов, принадлежащая К. А. Семеновой (1974—1978). Соответственно современным представлениям о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания: двигательные, речевые и психические, а также дает возможность прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяются пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

### Спастическая диплегия

Спастическая диплегия — наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50 % больных церебральным параличом. В литературе эта форма известна под названием «болезнь Литтля». При спастической диплегии имеет место двустороннее, иногда асимметричное поражение или недоразвитие центрального двигательного нейрона. По распространенности двигательных нарушений спастическая диплегия является тетрапарезом (поражены руки и ноги), причем нижние конечности поражаются в значительно большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна — от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости, выявляемой по мере развития манипулятивной деятельности и тонких дифференцированных движений пальцев рук в процессе овладения актом письма и трудовыми операциями.

Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях с ограничением силы и объема движений в сочетании с сохраняющимися тоническими рефлексамии. Наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, передвижение становится невозможным.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах, это связано с временем и силой воздействия вредных факторов.

У 70—80 % детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме дизартрии, задержки речевого развития, реже — моторной алалии (К. А. Семенова, 1979, 1991; Е. М. Мастюкова, 1988). При раннем начале коррекционно-логопедической работы речевые расстройства наблюдаются лишь в 25—30 % случаев и степень их выраженности значительно меньшая.

Психические нарушения обнаруживаются у 50—80 % детей (по данным К. А. Семеновой, — у 50 %, Т. Г. Шамарина, Г. И. Беловой — у 80 %). Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться к 3—8 годам при рано начатых адекватных занятиях по коррекции нарушений познавательной деятельности (К. А. Семенова, 1979, 1991; М. Н. Никитина, 1972). 30—35 % детей имеют умственную отсталость (в степени нерезко выраженной дебильности).

Прогностически спастическая диплегия — это благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций. Тонические рефлексы исчезают у детей к 2—3 годам, иногда позже. Установочные рефлексы развиваются поздно, после 1,5—2 лет, с теми или иными ограничениями. Лишь 20—25 % детей ходят самостоятельно, без поддержки и подручных средств. Около 40—50 % способны передвигаться, используя костыли или канадские палочки, на коляске (Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина, 1988). Ребенок, страдающий спастической диплегией, может научиться обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Социальная адаптация возможна, при относительно сохранном умственном развитии и достаточной функции рук степень ее может достигать уровня здоровых детей.

### **Двойная гемиплегия**

Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии — преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

Почти у всех детей (до 100 % — К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин) отмечаются грубые нарушения речи по типу

анартрии, тяжелой дизартрии (речь полностью отсутствует либо ребенок произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (в 90 % случаев) отмечается умственная отсталость (в степени выраженной дебильности, имбецильности или даже идиотии). Первичное отсутствие мотивации в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Психическое развитие обычно минимальное, оно находится на уровне примитивных эмоциональных реакций — больные знают близких, радуются им, реагируют отрицательными эмоциональными реакциями на дискомфорт. Часто отмечаются судороги (у 45—60 % детей).

Прогноз двигательного развития неблагоприятный. Стояние и ходьба невозможны. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации.

В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией необучаемы. Тяжелые двигательные нарушения рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и даже простую трудовую деятельность. Диагноз «двойная гемиплегия» указывает на полную или почти полную инвалидность ребенка и, поставленный ребенку старше 3 лет, нередко является основанием для направления его в интернат Министерства социальной защиты.

### **Гемипаретическая форма ДЦП**

Эта форма характеризуется односторонним повреждением одноименных (левых или правых) конечностей (руки и ноги). Рука обычно поражается больше, чем нога. Имеет место поражение преимущественно одного полушария, его корковых отделов и ближайших подкорковых ядер. Нарушение корковых функций одного из полушарий проявляется в виде гемипареза. Правосторонний гемипарез наблюдается значительно чаще, чем левосторонний.

В зависимости от локализации процесса могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также специфические корковые нарушения, выраженные в той или иной степени: дислексия, дисграфия, дискалькулия. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляется только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Нарушение височных отделов левого полушария может сопровождаться патологией слуха, обычно в форме нарушения фонематического слуха. При поражении правого полушария нарушения психики могут сопровождаться патологией эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, злобности, инертности.

Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками позже, чем здоровые. При формировании функции хватания ребенок не может больной рукой схватить игрушку, соединить кисти перед грудью, поднести пораженную руку ко рту. Дети начинают ходить с опозданием на 1—2 года. Начиная ходить, ребенок обычно подает матери здоровую руку. Этим усиливается тенденция выносить здоровую сторону вперед, а паретичную оставлять несколько сзади («ходьба сенокосца»). Со временем формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. У детей отмечается замедление роста костей, а отсюда — укорочение паретичных конечностей. Атрофированные конечности отстают в развитии, рука обычно в большей степени, чем нога.

Патология речи отмечается у 30—40 % детей, чаще по типу дизартрии или моторной алалии. У 25—35 % наблюдается умственная отсталость (в степени дебильности, реже — имбецильности); у 45—50 % — задержка психического развития, преодолеваемая при своевременной начатой коррекции. Степень интеллектуальных нарушений variabelна от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный (при своевременно начатом и адекватном лечении). Практически все больные ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею.

Как правило, дети с гемипарезами оказываются обучаемыми. Обучаемость и уровень социальной адаптации во многом определяются не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации нарушенных психических и, прежде всего, корковых функций (пространственного восприятия, счета, письма и др.).

### **Гиперкинетическая форма ДЦП**

Наблюдается у 20—25 % больных с указанной патологией. Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений — гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4—6 мес. в мышцах языка, и только к 10—18 мес. появляются в других частях тела, достигая максимального развития к 2—3 годам жизни. В период

новорожденности отмечается сниженный мышечный тонус, позже постепенно гипотония сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2—4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно осваивают стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4—7 лет, иногда только в 9—12 лет. Походка обычно не плавная, толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте большим труднее, чем идти. Произвольные движения маловыразительные, размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются у 90—100 % больных, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. В 20—30 % случаев выявляют снижение слуха, преимущественно на высокие тона; в 10—15 % — судороги. Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, т. е. интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. У 50 % детей наблюдается задержка психического развития (Т. Г. Шамарина, Г. И. Белова, 1996). Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25 % детей (К. А. Семенова, 1991).

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. В 60—70 % случаев дети обучаются самостоятельно ходить, однако произвольная двигательная активность, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать.

### **Атонически-астатическая форма ДЦП**

При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка и лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдается следующая патология: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

На 1-м году жизни выявляются гипотония и задержка темпов психо-моторного развития (затруднены или практически не развиваются контроль головы, функции сидения, стояния и ходьбы). Функции хватания и манипулирования с предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. Сидение формируется к 1—2 годам, стояние и ходьба — к 6—8 годам или позже. Длительное время эти функции остаются несовершенными. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, тело совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоизмерены, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и выполнение трудовых и учебных операций (письмо, рисование).

У 60—80 % детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, дизартрии; может иметь место моторная алалия.

Интеллект варьирует от задержанного психического развития до умственной отсталости различной степени тяжести. Определенную специфику на структуру психического дефекта накладывает основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении мозжечка психические нарушения проявляются в безынициативности, агрессивности, неустойчивости внимания, слабости памяти. Чаще всего отмечается задержка психического развития, которая корригируется при систематическом, направленном обучении. При поражении лобных отделов мозга дети малоэмоциональны, безразличны к окружающим, малоинициативны, могут быть очень агрессивными. Обычно у них имеет место умственная отсталость.

В 55 % случаев (по данным К. А. Семеновой) помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой ДЦП обнаруживается умственная отсталость (в степени выраженной дебильности или имбецильности).

## **6. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПРИ ДЦП**

Основной целью коррекционной работы при ДЦП является 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 ле-

чебно-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.

Принципы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом:

1. Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает 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. Раннее выявление патологии доречевого развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности и универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также из того, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок.

3. Организация работы в рамках ведущей деятельности.

Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом дея-



тельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется основной для данного возраста вид деятельности:

младенческий возраст (от рождения до 1 года). Ведущий вид деятельности — эмоциональное общение со взрослым;

ранний возраст (от 1 года до 3 лет). Ведущий вид деятельности — предметная;

дошкольный возраст (3—7 лет). Ведущий вид деятельности — игровая.

4. Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития.

5. Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-педагогической работы.

6. Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.

В силу огромной роли семьи, ближайшего окружения в процессах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители — основные участники педагогической помощи при ДЦП, особенно если ребенок по тем или иным причинам не посещает никакого учебно-воспитательного учреждения. Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка в условиях патологии, его возможности и перспективы развития, соблюдать правильный распорядок дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку и правильное отношение к дефекту, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого необходимо активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность. Важно, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости, что он может быть полезен, уверенность в своих силах. Часто родители, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекают его, оберегают от всего, что может огорчить, не дают ничего делать самостоятельно. Такое воспитание по типу «гиперопеки» приводит к пассивности, отказу от деятельности. Доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требовательностью к ребенку. Нужно постепенно развивать правильное отношение к своей болезни, к своим возможностям. В зависимости от реакции и поведения родителей ребенок будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное ме-

сто в жизни, или, наоборот, как человека, вполне способного достичь определенных успехов. Ни в коем случае родители не должны стыдиться больного ребенка. Тогда и он сам не будет стыдиться своей болезнью, не будет уходить в себя, в свое одиночество.

**Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в доречевой период являются:**

Развитие эмоционального общения со взрослым (стимуляция «комплекса оживления», стремления продлить эмоциональный контакт со взрослым, включения общения в практическое сотрудничество ребенка со взрослым).

Нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата — спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, тонических нарушений управления типа ригидности). Развитие подвижности органов артикуляции.

Стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности (недифференцированной голосовой активности, гуления, лепета и лепетных слов).

Коррекция кормления (сосания, глотания, жевания). Стимуляция рефлексов орального автоматизма (в первые месяцы жизни — до 3 мес.), подавление оральных автоматизмов (после 3 месяцев).

Развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного прослеживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве, восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательно-кинестетических ощущений и пальцевого осязания).

Развитие речевого дыхания и голоса (вокализация выдоха, увеличение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмичности дыхания и движений ребенка).

Формирование движений руки и действий с предметами (нормализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватательной функции рук; развитие манипулятивной функции — неспецифических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук).

Формирование подготовительных этапов понимания речи.

**Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем возрасте являются:**

Формирование предметной деятельности (использование предметов по их функциональному назначению), способности произвольно включаться в деятельность. Формирование наглядно-действенного мышления, произвольного, устойчивого внимания, переключения в деятельности.

Формирование речевого и предметно-действенного общения с окружающими (развитие понимания обращенной речи, собствен-

ной речевой активности; формирование всех форм безречевой коммуникации — мимики, жеста и интонации).

Развитие знаний и представлений об окружающем (с обобщающей функцией слова).

Стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, кинестетического восприятия). Тренировка всех форм узнавания предметов.

Формирование функциональных возможностей кистей и пальцев рук. Развитие зрительно-моторной координации (путем формирования пассивных и активных действий).

**Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в дошкольном возрасте являются:**

Развитие игровой деятельности.

Развитие речевого общения с окружающими (со сверстниками и взрослыми). Увеличение пассивного и активного словарного запаса, формирование связной речи. Развитие и коррекция нарушений лексического, грамматического и фонетического строя речи.

Расширение запаса знаний и представлений об окружающем.

Развитие сенсорных функций. Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений. Развитие кинестетического восприятия и стереогноза.

Развитие внимания, памяти, мышления (наглядно-образного и элементов абстрактно-логического).

Формирование математических представлений.

Развитие ручной умелости и подготовка руки к овладению письмом.

Воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Значительное место в коррекционно-педагогической работе при ДЦП отводится **логопедической коррекции**. Ее основная цель — развитие (и облегчение) речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку лучшее понимание его речи окружающими.

Задачи логопедической работы: а) нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Развитие подвижности органов артикуляции. (В более тяжелых случаях — уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии; б) развитие речевого дыхания и голоса. Формирование силы, продолжительности, управляемости голоса в речевом потоке. Выработка синхронности дыхания, голоса и артикуляции; в) нормализация просодической стороны речи; г) формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи. Коррекция нарушений звукопроизношения; д) развитие функций кистей и пальцев рук; е) нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при смешанном, сложном речевом

расстройстве, проявляющемся как дизартрической, так и алалической патологией речи, или при задержке речевого развития).

Традиционно используются следующие методы логопедического воздействия: 1) дифференцированный логопедический массаж. В зависимости от состояния тонуса мышц артикуляционного аппарата проводится расслабляющий массаж (при спастичности мышц) и стимулирующий массаж (при гипотонии) с целью активизации мышечного тонуса; 2) точечный массаж; 3) зондовый и пальцевый массаж языка; 4) пассивная артикуляционная гимнастика (логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции); 5) активная артикуляционная гимнастика; 6) дыхательные и голосовые упражнения.

Для предотвращения роста детской инвалидности вследствие ДЦП большую роль играет создание системы помощи, при которой возможна ранняя диагностика и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. В основе такой системы лежит раннее выявление среди новорожденных — еще в родильном доме или детской поликлинике — всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи. В нашей стране создана сеть специализированных учреждений Министерства здравоохранения, просвещения и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психо-неврологические 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, С.-Петербурге и других крупных городах.

Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома. При необходимости ребенок направляется на консультацию в специализированную неврологическую поликлинику. Комплексное лечение в амбулаторных условиях является достаточно эффективным при легких формах ДЦП, при выраженных нарушениях оно должно сочетаться с лечением в стационаре (в неврологических отделениях или психо-неврологических больницах) или санатории.

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в специализированных детских садах, в которых осуществляется коррекционное обучение, воспитание и подготовка детей к

школе. Важным является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями.

Закрепление достигнутых результатов у детей школьного возраста наиболее полно осуществляется в специализированных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

### **Социально-бытовая реабилитация**

Социально-бытовая реабилитация является важным звеном в системе реабилитационных мероприятий. В последние годы создан большой арсенал современных технических средств реабилитации, основной целью которых является компенсация нарушенных или утраченных функций, обеспечение относительной независимости от окружающих. Технические средства реабилитации существенно облегчают жизнь ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Они должны быть абсолютно безопасны и просты в обращении.

Все технические средства реабилитации можно разделить на несколько групп:

1. Средства передвижения — различные варианты детских инвалидных колясок (комнатные, прогулочные, функциональные, спортивные). Во многофункциональных креслах-колясках дети могут проводить значительное время. В них имеется столик для приема пищи и занятий, съемное судно, отделение для книг, специальная емкость для хранения термосов с пищей.

2. Средства, облегчающие передвижение — ходунки и ходилки (комнатные и прогулочные), костыли, крабы, трости, велосипеды; специальные поручни, пандусы, съезды на тротуарах.

3. Средства, облегчающие самообслуживание детей с нарушением функций верхних конечностей: специальные предметы обихода (наборы посуды и столовых приборов, приспособления для одевания и раздевания, открывания и закрывания дверей, для самостоятельного чтения, пользования телефоном; особые выключатели электроприборов, дистанционное управление бытовыми приборами — телевизором, приемником, магнитофоном).

4. Двигательные тренажеры.

5. Лечебно-нагрузочные костюмы («Адели—92»). Костюм используется для лечения различных форм церебрального паралича в любом возрастном периоде жизни ребенка, начиная с раннего возраста. Создавая правильные взаимоотношения между частями тела и устраняя порочные установки, костюм способствует формированию правильной схемы взаиморасположения частей тела и схемы движения, что является основой для формирования моторики. Костюм представляет собой замкнутую систему «плечевой

пояс — стопы». Благодаря амортизаторам несколько растягиваются спастичные мышцы (снижается тонус мышц), уменьшается патологическая и активизируется физиологическая афферентация с мышечно-связочного аппарата; уменьшается частота и амплитуда гиперкинезов. Дети, страдающие церебральным параличом, быстрее овладевают двигательными навыками. В лечебно-нагрузочном костюме можно проводить любые упражнения, намного улучшая и ускоряя их результативность.

6. Сенсорные комнаты и сенсорные стимулирующие наборы. Сенсорная комната дает возможность подавать стимулы различной модальности — зрительной, слуховой, тактильной — и использовать эту стимуляцию длительное время. Сочетание стимулов различных модальностей (музыки, цвета, запахов) может оказывать различное воздействие на психическое и эмоциональное состояние ребенка — тонизирующее, стимулирующее, укрепляющее, восстанавливающее, успокаивающее, расслабляющее. В условиях сенсорной комнаты используется массированный поток информации на каждый анализатор. Таким образом восприятие становится более активным. Такая активная стимуляция всех анализаторных систем приводит не только к повышению активности восприятия, но и к ускорению образования межанализаторных связей. В отличие от традиционных методов педагогической коррекции, для которых характерно небольшое количество и однообразие материала, в самом оборудовании сенсорной комнаты заложено разнообразие стимулов. Продуманное применение различных стимулов повышает эффективность коррекционных занятий, создавая дополнительный потенциал для развития ребенка.

Занятия в сенсорной комнате могут быть как индивидуальными, так и групповыми. Коррекционно-педагогические занятия проводятся психологом, логопедом-дефектологом, инструктором ЛФК. Каждый специалист при этом решает свои специфические задачи.

Мотив работы в сенсорной комнате зависит от ведущего вида деятельности ребенка. Для дошкольников — это игровая деятельность. Занятия в сенсорной комнате можно превратить в игру, сказку. Все занятие может проходить по единому игровому сценарию («полет на луну», «путешествие по морским глубинам» и т. д.).

Коррекционно-педагогические занятия в сенсорной комнате направлены на решение двух комплексов задач:

1) релаксация: а) нормализация нарушенного мышечного тонуса (снижение тонуса, уменьшение спастичности мышц); б) снятие психического и эмоционального напряжения;

2) активизация различных функций центральной нервной системы: а) стимуляция всех сенсорных процессов (зрительного, слухового, тактильного, кинестетического восприятия и обоняния); б) повышение мотивации к деятельности (к проведению различ-

ных медицинских процедур и психолого-педагогических занятий). Возбуждение интереса и исследовательской деятельности у ребенка; в) создание положительного эмоционального фона и преодоление нарушений эмоционально-волевой сферы; г) развитие речи и коррекция речевых нарушений; д) коррекция нарушенных высших корковых функций; е) развитие общей и мелкой моторики и коррекция двигательных нарушений.

#### 7. Мягкие игровые комнаты.

Применение различных технических средств реабилитации у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата зависит от характера, степени и тяжести нарушенной или утраченной функции. Прежде чем рекомендовать ребенку-инвалиду то или иное техническое средство, необходимо оценить степень нарушения функции с тем, чтобы предложить именно то средство, которое дало бы возможность, с одной стороны, скомпенсировать имеющийся дефект, а с другой — позволило использовать возможность восстановления нарушенной функции. Реабилитационное оборудование для детей выпускается главным образом зарубежными фирмами, однако в последние годы разрабатывается и изготавливается широкий ассортимент отечественных детских технических средств реабилитации.

### Вопросы и практические задания

1. Назовите основные виды патологии опорно-двигательного аппарата у детей.
2. Дайте общую характеристику детского церебрального паралича.
3. Каковы этиологические и патогенетические факторы возникновения ДЦП?
4. Охарактеризуйте особенности двигательных нарушений у детей с церебральным параличом.
5. Назовите особенности нарушений психики при ДЦП. Чем они обусловлены?
6. Назовите основные формы речевой патологии у детей с церебральным параличом.
7. Охарактеризуйте особенности двигательных, психических и речевых нарушений при различных формах ДЦП.
8. Раскройте основные принципы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.
9. Охарактеризуйте типы специализированных учреждений в системе лечебно-педагогической помощи детям с церебральным параличом.
10. Обоснуйте необходимость целенаправленной работы с родителями в процессе психолого-педагогической коррекции.

### Литература

1. *Архипова Е.Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). — М., 1989.

2. *Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В.* Детские церебральные параличи. — Киев, 1988.
3. *Данилова Л.А.* Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. — М., 1977.
4. *Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мاستюкова Е.М.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье. — М., 1993.
5. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом (методические рекомендации). — М.; СПб., 1998.
6. *Левченко И.Ю.* Этапы коррекции нарушений психики у детей с церебральными параличами: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. — М., 1989.
7. *Мастюкова Е.М.* Физическое воспитание детей с церебральным параличом. Младенческий, ранний и дошкольный возраст. — М., 1991.
8. *Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.
9. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича: Сборник научных трудов. — М., 1991.
10. *Семенова К.А., Мاستюкова Е.М., Смуглин М.Я.* Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. — М., 1972.
11. *Семенова К.А., Махмудова Н.М.* Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент, 1979.
12. *Шамарин Т.Г., Белова Г.И.* Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. — Калуга, 1996.



## **Глава 9. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ (РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ)**

Трудности эмоционального развития детей в раннем возрасте — проблема, с которой сталкиваются, прежде всего их близкие, а также воспитатели и психологи дошкольных учреждений, в которых могут воспитываться такие дети. Эти трудности представляют собой широкий спектр особенностей реагирования маленького ребенка, осложняющих его взаимодействие с окружающим миром: его повышенную возбудимость, впечатлительность, пресыщаемость в контактах со средой, малую активность во взаимодействиях с ней, легкую тормозимость, трудности адаптации в непривычных условиях, сложности развития отношений с близкими людьми и взаимодействия с посторонними, с другими детьми, возникновение ранних поведенческих проблем: страхов, агрессии, негативизма, влечений и др.

Именно психологи, педагоги и воспитатели как специальных, так и общеобразовательных дошкольных учреждений часто первыми обнаруживают у ребенка особенности эмоционального развития. Перед ними неизбежно встают крайне важные и ответственные задачи правильно оценить эти особенности, подобрать наиболее адекватный подход к воспитанию и обучению такого ребенка, помочь ему «прижиться» в дошкольном учреждении, ориентировать, при необходимости, родителей на нужного специалиста (психолога, дефектолога, детского психиатра).

Различно может быть происхождение наблюдаемых особенностей эмоционального развития. Причиной могут быть последствия раннего органического поражения; неблагоприятные условия воспитания; соматическое неблагополучие ребенка; его характерологические особенности; проявления возрастных критических периодов нормального психического развития; наконец, раннее нарушение и искажение аффективного развития. Конечно, в каждом случае различно качество и интенсивность наблюдаемых признаков эмоционального неблагополучия: отличается их динамика и отзывчивость по отношению к коррекционным воздействиям.

Обычно к специалистам обращаются именно по поводу выраженных нарушений эмоционального развития, когда необходимость

ранней коррекционной помощи очевидна всем. Одним из таких случаев является ранний детский аутизм — наиболее сложный тип дизонтогенеза, связанный с ранними тяжелыми нарушениями организации отношений ребенка с миром. Частота раннего детского аутизма по последним данным составляет 1—15 случаев на 10 000 детей. Большинство специалистов, изучающих это нарушение развития, среди многообразия проявлений психической дефицитарности аутичных детей в качестве центральной проблемы выделяют особенности формирования их аффективной сферы, отмечаемые уже на самых ранних этапах развития.

## **1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ**

Ранний детский аутизм (РДА) является одним из наиболее сложных нарушений психического развития и относится современными авторами к группе так называемых первазивных (т. е. всепроникающих) расстройств. Формируется этот синдром в своем полном виде к 2,5—3-летнему возрасту. Традиционно, вслед за Л. Каннером, описавшим клинический синдром раннего детского аутизма в 1943 г., его характерные черты определяются следующим образом:

нарушение способности к установлению эмоционального контакта;

стереотипность в поведении. Она проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; как наличие в поведении ребенка однообразных действий — моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний и т. д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом, однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов;

совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхολалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица и др.), сутью которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации.

Постараемся систематизировать обнаруженные зарубежными и отечественными исследователями данные, свидетельствующие о раннем нарушении аффективной сферы при РДА.

### **Повышенная чувствительность (сензитивность) к сенсорным стимулам**

Состояние аутичных детей до года в целом рассматривается как спокойное и достаточно комфортное. Вместе с тем, склонность к

сенсорному дискомфорту (возникающему в ответ, чаще всего, на интенсивные бытовые звуки и на тактильные раздражения), а также характерная сосредоточенность на неприятных впечатлениях отмечается у них уже на первом году жизни. Характерна не только легкость возникновения неприятных ощущений, но и «застреваемость» на них, фиксация на негативных переживаниях, пугающих впечатлениях.

В ряде случаев наблюдались парадоксальные реакции испуга на тихие, слабые звуки (например, шуршание бумаги). В то же время у ряда более старших детей (от 2 до 3 лет) наоборот, было выражено стремление к пугающим, неприятным впечатлениям.

Особенность реакций на сенсорные стимулы проявляется и в другой, очень характерной тенденции развития, проявляющейся у таких детей уже в первые месяцы жизни. При недостаточной активности, направленной на обследование окружающего мира, и ограничении разнообразного сенсорного контакта с ним, наблюдается выраженная захваченность, очарованность отдельными определенными впечатлениями — тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными, которые ребенок стремится получать вновь и вновь. Часто отмечается очень длительный период увлечения каким-то одним впечатлением, которое затем может смениться другим, таким же устойчивым. Например, любимым занятием ребенка на протяжении полугода и больше может быть шуршание целлофановым пакетом, наблюдение за движением тени на стене, самым сильным впечатлением может быть свет лампы и т. д.

Известно, что пристрастие к ритмическим повторяющимся впечатлениям характерно для раннего возраста и в норме. Принципиальным отличием при аутистическом типе развития является тот факт, что близкому практически не удается включиться в действия, которыми очарован ребенок.

Таким образом, можно отметить, что уже очень рано начинает обнаруживаться тенденция к формированию характерных для раннего детского аутизма особых аффективных стереотипных форм.

### **Нарушение чувства самосохранения**

Нарушение чувства самосохранения отмечается в большинстве случаев уже до года. Оно проявляется как в сверхосторожности, так и в отсутствии чувства опасности (в частности отсутствии «чувства края»), причем достаточно характерным оказалось противоречивое сочетание этих крайностей у одного и того же ребенка: бесстрашие в реально опасных ситуациях могло сосуществовать со страхами вполне безобидных объектов.

## Нарушение аффективного взаимодействия с ближайшим окружением

Признаки нарушения аффективного контакта с людьми и, прежде всего, с близкими, являясь главным симптомом аутизма, также прослеживаются уже на самых ранних этапах аутистического дигенеза.

### 1. Приспособление к рукам матери.

Одной из первых важнейших адаптивных реакций младенца является, как известно, принятие антиципирующей позы (протягивание ручек по направлению к взрослому, когда ребенок смотрит на него). У многих аутичных детей отсутствует такая поза готовности. На руках матери такой ребенок также может не чувствовать себя комфортно: либо он «висит как мешочек» (по выражению родителей), либо бывает чрезмерно напряжен, оказывает сопротивление.

### 2. Фиксация взгляда на лице матери.

Как известно, в норме у младенца очень рано обнаруживается интерес к человеческому лицу. Уже в первый месяц жизни ребенок может проводить большую часть бодрствования в глазном контакте с матерью. Коммуникация с помощью взгляда является основой для развития последующих форм коммуникативного поведения.

При признаках аутистического развития нарушения глазного контакта может проявляться особенно ярко. В известных работах этологического направления они рассматриваются как центральный дефект аутизма (Hutt, Tinbergen, 1972). Наиболее характерным является взгляд мимо лица или «сквозь» лицо взрослого, т. е. избегание глазного контакта.

Ряд экспериментальных работ доказал, что особенности глазного поведения аутичного ребенка (по сравнению с контрольной группой нормальных и умственно отсталых детей) заключаются не в меньшей частоте, с которой он смотрит на взрослого, а в большей кратковременности фиксации взгляда и более частом колебании дистанции в коммуникативных актах — между приближением и удалением (В. Hermelin, N. O'Conner, 1970). Кроме того, этими же авторами было обнаружено, что специфика реакции аутичного ребенка на лицо — сосредоточение на нижней его части (в то время, как в норме, как известно, наибольшую частоту фиксации взгляда и их продолжительность вызывают глаза).

### 3. Особенности ранней улыбки.

Признаком благополучности аффективного развития традиционно считается своевременное появление улыбки и ее направленность близкому.

Сроки появления первой улыбки у большинства аутичных детей соответствуют норме. Однако она могла быть не столько адре-

сована человеку, сколько возникает в ответ на приятную ребенку сенсорную стимуляцию (тормошение, яркий орнамент на халате матери и т. д.). Обычно снижение избирательного внимания к людям, столь характерного для младенческого возраста в норме. У части детей не возникало в раннем возрасте известного феномена «заражения» улыбкой. Этот феномен развивается, как известно, в «комплекс оживления» — первое направленное коммуникативное поведение ребенка, когда он не только радуется при виде взрослого (повышается двигательная активность, гуление, удлиняется продолжительность фиксации лица взрослого), но и активно требует общения, расстраивается, если взрослый недостаточно реагирует на его обращения (М. И. Лисина, О. В. Баженова).

Нарушение развития эмоционального контакта с близкими обнаруживается у аутичных детей уже на этом уровне, причем преимущественно оно может проявляться в пассивности, вялости такого младенца в эмоциональном общении. Некоторые дети, напротив, проявляют страстность, сверхчувствительность в контакте, но ограничивают его продолжительность, отстраняясь от взрослого, который пытается продлить взаимодействие.

**4. Особенности формирования привязанности к близкому человеку.**

Как известно, одним из наиболее значимых для нормального психического развития ребенка является феномен «привязанности» (М. Эйнсворт). Признаками формирования последней является выделение младенцем на определенном возрастном этапе близких, очевидное предпочтение одного ухаживающего лица, чаще всего — матери, переживание разлуки с ней.

Существуют неоднозначные представления о формировании привязанности у аутичных детей. По данным Р. Mundy (1989), привязанность у таких детей формируется, что доказывается наличием реакции на отделение у аутичного ребенка, но она совершенно особая. Главное ее отличие от нормы состоит в том, что аутичный ребенок чаще не использует положительных эмоциональных реакций для ее выражения. Поэтому очень характерный вариант такой привязанности выражается в фиксации симбиотической связи ребенка с матерью, которая становится особенно очевидной при появлении угрозы ее разрушения.

### **Развитие особых форм аффективного поведения**

В клинической картине раннего детского аутизма многократно были описаны формы стереотипного поведения, внешне не имеющие смысла, но имеющие чрезвычайно важное аффективное значение для самого ребенка. Особая аффективная направленность аутичных детей, стремление получать определенные впечатления

может проявляться очень рано. Для раннего возраста наиболее характерно раскачивание и кручение головой, игра с пальчиками, потряхивание кистями рук; сверхсосредоточенность на определенных зрительных впечатлениях (светящихся, блестящих объектах), особое пристрастие к музыке. Также еще до формирования в окончательном виде синдрома раннего детского аутизма отмечалась направленность многих детей больше на аффективные формы речи, чем на бытовые, причем особенно характерно было увлечение слушанием стихов, а также раннее их одержимое декламирование, повторение слов со сложным звуко сочетанием, коверкание слов, рифмирование.

### **Трудности взаимодействия с окружающими, связанные с особенностями развития форм обращения ребенка к взрослому**

1. Сложности выражения собственного эмоционального состояния.

Способность выражать свое эмоциональное состояние, делиться им со взрослым — одно из наиболее ранних адаптивных достижений нормально развивающегося младенца. Обычно оно появляется уже после двух месяцев. Мать прекрасно понимает настроение своего ребенка и поэтому может управлять им: утешить его, снять дискомфорт, развеселить, успокоить. Как показывают экспериментальные данные матери аутичных детей часто испытывали трудности в понимании оттенков эмоционального состояния своих младенцев (Р. Hobson, 1989).

2. Трудности в выражении просьбы.

В ряде случаев родители вспоминают, что обращения ребенка не носили дифференцированного характера, было трудно догадаться, чего он просит, что его не удовлетворяет. Так, малыш мог однообразно «мычать», подхныкивать, кричать, не усложняя интонационно свои вокализации, не используя указательного жеста и даже не направляя взгляда к желаемому объекту.

У многих детей формировался направленный взгляд и жест — протягивание руки в нужном направлении, но без попыток называния предмета желания, без обращения взгляда и вокализации к взрослому. В норме это характерно для определенного этапа раннего развития, и в дальнейшем это движение трансформируется в указательный жест. У аутичного ребенка этого не происходит, и на более поздних стадиях развития движение руки не превращается в показывание пальцем. Даже в старшем возрасте при выражении своего определенного желания такой ребенок обычно берет взрослого за руку и кладет ее на желаемый объект — чашку с водой, игрушку, пластинку и т. д.

## Трудности произвольной организации ребенка

Эти проблемы становятся заметнее после года и к 2—2,5 годам ребенка осознаются родителями уже в полной мере. Однако признаки сложностей произвольного сосредоточения, привлечения внимания, ориентации на эмоциональную оценку взрослого проявляются гораздо раньше. Это может выражаться в следующих, наиболее характерных тенденциях:

1. Отсутствие либо непостоянность отклика малыша на обращение к нему близких, на собственное имя.

В ряде случаев эта тенденция настолько сильно выражена, что у ребенка начинают подозревать снижение слуха. Хотя внимательные родители бывают при этом озадачены тем, что ребенок слышит интересующий его звук, даже если он негромок (например, шуршание целлофанового пакета), или по поведению ребенка понятно, что он слышал разговор, не обращенный прямо к нему.

Достаточно часто такие дети позже могут настаивать родителей тем, что не начинают выполнять простейших просьб: «Дай мне», «Покажи», «Принеси».

2. Характерно отсутствие прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорирование его указательного жеста и слова («Посмотри на...»). Даже если в ряде случаев вначале слежение за указанием матери есть, то постепенно оно может угасать, и ребенок перестает обращать внимание на то, что она показывает, если только это не совпадает с объектом его особого интереса (например, лампа, часы, машина, окно).

3. Невыраженность подражания, чаще даже его отсутствие, а иногда — очень длительная задержка в его формировании. Обычно родители вспоминают, что их малыша было всегда трудно чему-нибудь научить, он до всего предпочитал доходить сам. Часто трудно бывает организовать такого ребенка даже на самые простые игры, требующие элементов показа и повторения — типа «ладушек», затруднено бывает обучение жесту ручкой «пока», кивания головой в знак согласия.

4. Слишком большая зависимость ребенка от влияний окружающего психического поля. В районе годовалого возраста практически все дети при нормальном развитии проходят этап, когда они попадают в плен «полевых» тенденций (термины «поле», «полевые» тенденции здесь и далее в тексте используются как понятия, данные К. Левином), и у взрослых возникают реальные трудности регуляции их поведения. В случае раннего детского аутизма захватченность сенсорным потоком, исходящим из окружающего мира, наблюдается гораздо раньше и вступает в конкуренцию с ориентацией на близкого человека. Часто взрослый, не имея эмоционального контакта с ребенком, выступает лишь в качестве инструмен-

та, с помощью которого ребенок получает необходимую сенсорную стимуляцию (может покачать, покружить, пощекотать, поднести к желаемому объекту и т. д.). Если родители проявляют большую настойчивость и активность, пытаясь привлечь внимание к себе, ребенок либо протестует, либо уходит от контакта.

*В этих условиях несформированности эмоционального контакта с близкими особенно тяжело проходит момент физического отрыва малыша от матери в районе года. Часто с этим временем связана резкая смена характера ребенка, ощущаемая родителями — он полностью теряет чувство края, становится совершенно неуправляемым, непослушным, неуправляемым. Он может демонстрировать катастрофический регресс в развитии, потерять тот минимум эмоциональных связей, форм контакта, начинавших складываться навыков, в том числе и речевых, которые он сумел приобрести до того, как научился ходить.*

Все перечисленные выше известные родителям и специалистам особенности отношений аутичного ребенка с окружающим миром в целом и с близкими людьми особенно свидетельствуют о нарушении развития способов организации активных отношений с миром и превалировании в его развитии уже с раннего возраста выраженной тенденции — перевеса стереотипной аутостимуляционной активности над реально адаптивной.

## **2. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В АФФЕКТИВНОМ РАЗВИТИИ**

### **Основные проблемы воспитания**

Как следует из анализа историй развития аутичных детей, признаки аутистического развития могут проявляться в раннем возрасте по-разному. Они выражаются с большей или меньшей интенсивностью, начинают проявляться сразу либо проходит какой-то этап относительно благополучного развития с едва уловимыми тенденциями будущего неблагополучия. Поэтому и родители оказываются в разном положении: одни начинают тревожиться уже с первых месяцев жизни младенца, другие — внезапно осознают то, что ребенок, подававший вначале признаки блестящего интеллектуального и речевого развития, имеет столь серьезные проблемы.

Даже если беспокойство у матерей возникает достаточно рано, обращение за помощью к специалистам обычно бывает малоэффективным. К сожалению, у нас нет практически служб помощи детям раннего возраста с угрозой неблагополучного аффективного развития. Специалисты, к которым традиционно могут обратиться



родители (педиатр, невропатолог, ортопед), не могут оказать таким детям достаточную помощь в плане ранних коррекционных воздействий. Даже чутко откликаясь на тревогу мамы, каждый врач видит отклонения прежде всего в той области развития, которая является его специальностью.

Поэтому очень часто, судя по историям развития аутичных детей, мы видим процесс ранней диагностики, идущий со знаком «минус»: сначала подозревали детский церебральный паралич — этот диагноз был снят; потом думали о снижении слуха — не подтвердилось. Конечно, в случаях даже малейшего подозрения о возможностях нарушения моторики, речи, восприятия, при каких-то знаках органического происхождения необходимо проверить эти сомнения, так как более ясную диагностическую картину может дать только время и нельзя пропустить какое-то раннее проявление, например, нарушение тонуса либо признаки эпи-готовности (что реально встречается и при раннем детском аутизме) — все это требует специальных воздействий.

Вместе с тем, часто оказывается, что все эти подозрения не подтверждаются или своевременная помощь (например, массаж при задержке моторного развития) эти проявления достаточно быстро компенсирует. Однако у матери остается постоянное ощущение неблагополучия, которое часто бывает трудно сформулировать. Характерен рассказ матерей о том, как на их обращение к педиатру, что ребенок «как-то не так смотрит», что «трудно добиться от него ответного общения», они встречали недоумение. Кроме того, как уже было сказано выше, проявления ребенка могут быть противоречивы, что еще больше усложняет общую картину его развития и затрудняет ее оценку.

Выраженные трудности взаимодействия с малышом у близких возникают обычно ближе к 2—2,5 годам, когда становятся более интенсивными их попытки произвольной организации ребенка. Во многих случаях в это время резко ухудшается его состояние. Например, могут появиться какие-то выраженные страхи, агрессивность, навязчивые движения, может разладиться сон, не наблюдается заметного развития речи либо она начинает угасать, сворачиваться, ребенок перестает реагировать на обращение, уходит в себя или становится возбужденным. Обычно родители пытаются объяснить происходящее какой-то объективной причиной — следствием серьезной соматической болезни или тяжелого переживания малыша, возникновения стрессовой для него ситуации (например, выход матери на работу или неудачная попытка отдать в ясли). Выдвигаемые объяснения вполне понятны: формирующаяся детская психика хрупка, но она и пластична. Однако в данном случае неблагоприятная ситуация проходит, а проблемы не только не уменьшаются, но, наоборот, начинают нарастать и фиксироваться.

Вне зависимости от того, как рано родители стали обнаруживать трудности взаимодействия с ребенком и насколько тонко их почувствовали, весь комплекс их жалоб и, соответственно, основных проблем воспитания можно разделить условно на две категории:

одна больше связана со становящимися с возрастом все более очевидными трудностями организации ребенка, обусловленными его быстрой истощаемостью; проблемами привлечения внимания, переключения с того, что его захватывает; с отсутствием постоянной реакции на обращение; особенностями речевого и моторного развития; невыраженностью подражания;

вторая имеет отношение к поведенческим трудностям, нарастающим к моменту оформления синдрома, — страхам, агрессии и самоагрессии, негативизму, влечениям, нарушению чувства самосохранения, отсутствию или слабости эмоциональной привязанности, все большей выраженности стереотипности поведения.

### **Оценка динамики психического развития ребенка**

Большое значение в успешности коррекционной работы имеет правильная оценка динамики развития ребенка. Даже когда близкие ребенка очень внимательны ко всем его проявлениям: и к небольшим ухудшениям состояния и к малейшему его продвижению в сторону новых положительных приобретений, им в оценке этих изменений часто нужна помощь специалиста. Быстрое привыкание к новым возможностям малыша, а иногда и некоторая их недооценка, либо, напротив, большое желание принять отдельные признаки зарождающейся способности за упрочившееся умение — естественные последствия каждодневной жизни с ребенком и невозможности стать на позицию стороннего объективного наблюдателя.

Кроме того, часто новые способы реагирования ребенка, новые особенности его поведения трудно оценить однозначно. Например, малыш стал агрессивным или жадным, или у него появились страхи, или он стал требовать постоянного присутствия мамы — что это «плюс» или «минус»? Для того чтобы адекватнее оценить эти и другие изменения, нужно хорошо помнить «точку отсчета» — исходный уровень возможностей его взаимодействия с окружением и рассматривать появившиеся новообразования в сравнении с ним и в общем контексте поведения. Например, появление страхов у ребенка, у которого раньше не было чувства края, который спокойно мог убежать от мамы, не реагировать на боль, свидетельствует, безусловно, о положительной динамике психического развития — о рождении нового уровня в его контактах с миром. Если малыш, раньше индифферентно относившийся к близким, стал проявлять сверхпривязанность к маме или ранее ничего не просящий ребе-

нок стал надоедать, приставать к родителям, а пассивно подчиняемый — проявлять негативизм и агрессию, — это, конечно, усложняет жизнь всей семьи, создает часто новые серьезные проблемы, но никак не говорит об ухудшении состояния ребенка.

Адекватная оценка изменений, происходящих с ребенком, нужна не только для того, чтобы понять, правильно ли было организовано взаимодействие с ним, но и чтобы определить, в каком направлении стоит двигаться дальше, к освоению каких следующих новых способов взаимодействия с окружением его следует осторожно подводить.

## **Методы и приемы организации коррекционной помощи ребенку**

### ***Основные правила организации коррекционной работы***

Учитывая описанные закономерности аутистического дизонтогенеза, постараемся сформулировать правила организации коррекционной работы с ребенком, имеющим признаки такого развития в раннем возрасте.

1. Логика аффективного развития аутичного ребенка отражает направленность на создание надежных способов аутостимуляции, повышающей его психический тонус и заглушающей постоянно возникающий дискомфорт, хроническое состояние тревоги и массивные страхи. В то время как в норме погружение младенца в поток сенсорной стимуляции идет в одном русле с его взаимодействием с матерью, то здесь уже в первые месяцы жизни ребенка особая захваченность сенсорными переживаниями начинает препятствовать этому взаимодействию и развивается в самостоятельную линию, блокирующую важнейший механизм эмоционального тонизирования от другого человека.

*Коррекционный подход направлен на объединение этих двух линий в единую. Поскольку линия механической аутостимуляции ребенка является сильнее, взрослому человеку необходимо подключаться к ней, становиться ее неотъемлемой частью и постепенно уже изнутри наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.*

2. Помимо искажения психического развития мы видим в любом случае, даже при наличии каких-то избирательных способностей у ребенка с РДА, его выраженную эмоциональную незрелость. Необходимо помнить о том, что он легко пресыщается даже приятными впечатлениями; что он часто действительно не может подождать обещанного; что ему нельзя предлагать ситуацию выбора, в которой он беспомощен; что ему нужно время для того, чтобы пережить полученное впечатление или информацию (поэтому характерны отсроченные реакции); что он стремится стереотипизировать взаимодействие с окружающим.

Перечисленные особенности не являются в принципе патологическими, они характерны для очень ранних этапов нормального развития. Поэтому, вступая во взаимодействие с ребенком, имеющим трудности аффективного развития, надо учитывать его реальный «эмоциональный возраст».

3. Превышение доступного ребенку уровня взаимодействия неизбежно вызовет у него уход от возможного контакта, появление нежелательных протестных реакций: негативизма, агрессии или самоагрессии — и фиксацию негативного опыта общения. Основные параметры, по которым можно определить этот допустимый уровень взаимодействия, следующие:

какая дистанция общения для ребенка более приемлема. Насколько близко он сам приближается к взрослому и насколько близко подпускает его. Можно ли взять его на руки, и как он при этом сидит (напряженно, приваливается, карабкается), как относится к тактильному контакту, смотрит ли в лицо и как долго. Насколько легко эмоционально «заражается». Как он ведет себя с близкими и как с незнакомыми людьми. Насколько он может отпустить от себя маму;

каковы его излюбленные занятия, когда он предоставлен сам себе: бродить или бегать по комнате, раскачиваться, подпрыгивать, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу и др.;

как он обследует окружающие предметы: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно, не глядя, берет в руку и тотчас бросает; смотрит издали, боковым зрением. Как использует игрушки: обращает внимание лишь на какие-то детали (крутит колеса машины, трясет веревочкой), манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта (стучит, грызет, кидает, возит), проигрывает элементы сюжета (кладет куклу в кровать, кормит, нагружает машину, что-то строит из кубиков); насколько эти манипуляции однообразны;

сложилась ли какие-то стереотипы бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации;

использует ли он речь и в каких целях: комментирует, обращается, использует как аутостимуляцию (повторяет одно и то же аффективно заряженное слово, высказывание, выкрикивает, скандирует). Насколько она стереотипна, характерны ли эхоталии, в каком лице он говорит о себе;

как он ведет себя в ситуациях дискомфорта, страха: замирает, возникают панические реакции, агрессия, самоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются двигательные стереотипии, стремится повторить или проговорить травмировавшую ситуацию;

каково его поведение при радости: возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим приятным переживанием с близкими;

как он реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает на-зло, становится агрессивным, кричит;

как легче его успокоить при возбуждении, при расстройстве: взять на руки, приласкать, отвлечь (чем? — любимым лакомством, привычным занятием, уговорами);

как долго можно удерживать его внимание и на чем: на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, пазлах, мыльных пузырях, свечке или фонарике, возне с водой и т. д.;

как он относится к включению взрослых в его занятие (уходит, протестует, принимает, повторяет какие-то элементы игры взрослого или отрывки его комментария). Если позволяет включаться, то насколько можно развернуть игру или комментарий.

По перечисленным выше основным параметрам, характеризующим как свободное поведение ребенка, так и его активность в создаваемых ситуациях взаимодействия можно определить его способности в произвольной активности и возможности его произвольной организации. Данные непосредственного наблюдения должны дополняться сведениями родителей о тех навыках и способностях, которые ребенок демонстрирует в привычных (домашних) условиях и может воспроизвести только в строго стереотипной ситуации. Способности ребенка в его аутостимуляционной активности могут быть реализованы и использованы для развития с ним постепенно усложняющихся форм взаимодействия в правильно организованной среде.

4. Основная нагрузка, как физическая, так и психическая, в воспитании ребенка ложится на его мать. Нужна регулярная помощь специалистов, которые могли бы квалифицированно оценить состояние ребенка, его динамику, подсказать матери конкретные коррекционные приемы в работе с ним, наметить следующие закономерные этапы психологической коррекции и обучения. Однако в попытках наладить взаимодействие с ребенком с серьезными нарушениями эмоционального развития, особенно раннего возраста, специалист не должен подменять родителей. Механизм привязанности должен быть сформирован именно к матери, именно она должна научиться самостоятельно управлять поведением малыша, справляться с его состояниями повышенной тревожности, агрессивности. Только она наиболее естественно может наполнить их общие складывающиеся стереотипы бытовой жизни важными для обоих аффективными подробностями.

Понятно, что в ситуации развития ребенка с серьезными нарушениями эмоционального развития должны быть активно задействованы все его близкие. Особость этой ситуации состоит не только в том, что мама нуждается в постоянной поддержке и помощи, безусловно большей, нежели при уходе за нормально развивающимся малышом. Необходимость активного участия всех членов

семьи, родных в воспитании такого ребенка связана с особыми трудностями формирования у него разнообразных форм контакта. Маленький ребенок с благополучно протекающим аффективным развитием справляется с этим сам примерно уже с полугодовалого возраста, прекрасно ориентируясь в нюансах взаимодействия с мамой, папой, бабушкой, братом и другими близкими, зная, кому он может пожаловаться, с кем пошалить и т. д. Аутичный ребенок может вступать в контакт обычно в жестко стереотипной форме, неукоснительного соблюдения которой он требует ото всех недифференцированно, либо привязывается симбиотически только к одному лицу и тогда не допускаются до взаимодействия все остальные. Раннее подключение к контакту других близких может несколько смягчить эту проблему, сделать взаимодействие с окружающими людьми более разнообразным и гибким (за счет складывания не одного, а нескольких стереотипов общения).

Еще одна причина важности подключения других родных — необходимость участия, по крайней мере, одновременно двух взрослых для отлаживания у малыша различных форм реагирования. Распределение ролей между ними происходит следующим образом: один берет на себя как бы внешний контакт с ребенком — пытается войти с ним во взаимодействие, спровоцировать его активность, подключиться к его аутостимуляции, поддержать адекватно его спонтанные проявления; второй — активно помогает ребенку войти в это взаимодействие, работая его телом, руками, ногами, вокализируя за него и вместе с ним, оформляя его звуки в нужные по смыслу ситуации слова, эмоционально реагируя за него, поддерживая и усиливая его малейшие намеки на вступление в контакт. Из рассказов некоторых родителей аутичных детей мы знаем, что именно таким путем у ребенка формировались элементы подражания, игры, моторных навыков, вызывалась и развивалась речь.

### *Некоторые приемы коррекционной помощи*

Первым и основным приемом коррекционного воспитания ребенка с выраженными трудностями аффективного развития является создание для него адекватно организованной среды.

Как же правильно организовать ту среду, в которой включение во взаимодействие ребенка с трудностями аффективного развития будет максимальным?

- Создание и поддержание особого аффективного режима воспитания ребенка.

Речь идет не только о простроенности и регулярности режимных моментов каждого дня. Хотя это тоже очень важно. По историям развития таких детей мы знаем, что на первом году жизни у

большинства из них в установлении режима проблем не было. В дальнейшем часть детей строго следовала заведенным стереотипам, трудности возникали, напротив, с попытками близких внести в них даже малейшие изменения. Другие дети, наоборот, теряли ту регулярность жизни, которой они до года пассивно подчинялись, и уже к 3 годам родители обычно испытывали большие проблемы с тем, чтобы накормить ребенка вовремя и за столом, в определенное время усадить на горшок, уложить спать, вывести на прогулку и привести с улицы домой и т. д.

С одной стороны, чрезмерная склонность к повторению однажды заведенного порядка представляет собой серьезное препятствие для развития более естественных и гибких способов взаимодействия с окружением, с другой — создание определенного стереотипа — привычек, правил («как всегда») — обязательный компонент адаптации, дающий ощущение надежности, стабильности.

Для аутичного ребенка и с более тяжелым и с более легким вариантами развития стереотипная форма существования является наиболее доступной, а на начальных этапах коррекционной работы — обычно и единственно возможной. Именно она часто помогает уберечь ребенка от аффективного срыва, запустить с большей вероятностью его активность в адекватных контактах с окружающим, закрепить полученные достижения.

Говоря о специальном аффективном режиме, мы имеем в виду не только поддержание сложившегося стереотипа каждого дня, но и регулярное проговаривание его, комментирование всех его деталей, объяснение ребенку эмоционального смысла каждой из них и их связи. В этом и заключается разработка аффективных бытовых стереотипов малыша с помощью близкого, которая происходит на ранних этапах нормального развития. По сути дела, такой режим обычно создает младенцу на первом году жизни мать, а чаще — бабушка, которая проговаривает, переживает вслух яркие события дня, планирует основные моменты жизни семьи, подытоживает — «как прожили сегодня». Вспомним, какая характерная интонация — размеренная, распевная, ласковая, оптимистичная бывает при этих приговорах; как ребенок естественно становится постоянным участником всего того, что происходит в доме: «Проснулся, мой золотой, ну давай одеваться... пойдём кашку варить... А что у нас за окошком? Ах, этот дождик, но ничего, пройдет, и мы гулять пойдём... Кто это нам звонит? Наверное папа, с работы... Сейчас, сейчас подойдем...» и т. д. Этот монолог развивается, если ребенок с восторгом смотрит на говорящего взрослого, лепечет в ответ на его речь, эмоционально реагирует, следит за тем, что он делает. Если же выраженной реакции нет, малыш кажется безучастным к тому, что говорит и что показывает взрослый, то его развернутые и эмоциональные комментарии тоже начинают затухать, сворачи-

ваться. Характерно, что часто даже очень внимательные и эмоциональные матери аутичных детей взаимодействуют с ними молча. Между тем, именно в этом случае подобные комментарии особо необходимы.

Мы видим у более старших аутичных детей особую фрагментарность восприятия, их картина мира — спрессованные, неразвернутые, аффективно насыщенные отдельные переживания, которые сохраняются в неизменной форме на протяжении многих лет. Поэтому так важно уже с самого раннего возраста давать представление такому ребенку о связи отдельных впечатлений, объяснять ее эмоциональный смысл.

Чтобы включить ребенка хотя бы в более пассивной форме слушания в этот комментарий, взрослый обязательно должен опираться на значимые для ребенка аффективные детали его жизни. Если при благополучном эмоциональном развитии малыш радуется уже самому факту, что мама с ним говорит, буквально «впитывает» ее интонацию, ловит моменты акцентирования ее внимания, в общем, с готовностью «идет» за ней, то здесь часто приходится следовать за ребенком, в первую очередь отмечая важные для него моменты («достанем печеньице из буфета», «откроем кран, и водичка польется быстро-быстро» и т. п.) и соединяя их с постепенно нарастающими деталями эмоционального переживания происходящего, значимыми для нее самой.

Благодаря поддержке эмоционального режима становится возможным разметка времени. Регулярность чередования событий дня, их предсказуемость, совместное переживание с ребенком прожитого и планирование предстоящего создают в совокупности временную сетку, благодаря которой каждое сильное для ребенка впечатление оказывается не заполняющим собой все его жизненное пространство и время, но находит в ней какое-то ограниченную область. Тогда легче можно пережить то, что было в прошлом, подождать того, что будет в будущем.

Как важно разметать время, так же необходимо разметать и пространство, в котором живет ребенок. Такая разметка происходит тоже благодаря постоянному эмоциональному комментарию взрослого тех событий, которые обычно происходят на данном месте: еды, одевания, игровых занятий, прогулки, ритуала прощания с кем-то из близких, уходящих на работу (например, помахать в окно рукой), сиденья на горшке и т. д.

Постоянство места и времени соблюдается аутичными детьми в одних случаях очень жестко и неукоснительно, причем основная забота ребенка, чтобы были сохранены все детали — иначе возникает тревога, дискомфорт. Взрослый должен не допустить механического выполнения действий, следует помочь ребенку эмоционально их осмыслить. Даже в случае, когда в уже сложившийся



застывший стереотип ребенка включены, казалось бы, бессмысленные ритуальные действия, им также надо пытаться придать смысл. В таком случае ребенок совершает их менее напряженно и ожесточенно. Например, если он обязательно, войдя в комнату, требует, чтобы его поднесли к выключателю, и несколько раз щелкает им, это можно прокомментировать следующим образом: «Проверим, горит ли свет — все в порядке, нам будет светло», или если он сосредоточен на том, чтобы была прикрыта дверь — «Закрой, закрой, чтобы не дуло», если раскладывает в определенном порядке фломастеры на столе: «Так, все у нас на месте, ты же аккуратный мальчик». И это будет на том уровне взаимодействия с окружением, на котором находится такой ребенок, не фиксация его навязчивостей или влечений, но, наоборот, их смягчение через эмоциональное осмысливание взрослым как действий, вписывающихся в данную ситуацию. Закрепление же их происходит при попытках их запретить или торопливо «свернуть».

В других случаях достижение постоянства в выполнении определенных действий — большая проблема, и выработка этих простейших привычек возможна как раз через многократное напоминание о их в комментариях («здесь мы всегда делаем то-то, а здесь мы больше всего любим делать то-то...»), пока ребенок еще реально не зафиксировал эти места. Формирование таких осмысленных бытовых стереотипов может происходить очень медленно. Часто остается поначалу впечатление, что подобное комментирование идет «вхолостую», что внимание ребенка не удастся зацепить никакой аффективной деталью, однако следует этим заниматься регулярно, постоянно. Это, прежде всего, задает определенный размеренный ритм самому взрослому, не дает возможности упустить какой-то важный момент или впечатление. Даже если ребенок не настроен задержаться на нем подольше, его надо обговорить и зафиксировать тем самым его присутствие в общем распорядке дня. По первоначальному отсутствию выраженной реакции аутичного ребенка нет основания думать, что он ничего не воспринял. Точно так же, как он может вставить недостающее слово в стихотворной строчке и тем самым подтвердить, что он помнит это стихотворение, так же он может обозначить пропущенный момент в привычном распорядке дня (потянуть в нужное место, назвать действие, которое там обычно совершается или просто расстроиться из-за того, что этого момента не было).

Проговаривание подробностей прожитого дня, их закономерное чередование дает возможность более успешной регуляции поведения маленького ребенка, чем попытки его внезапной организации — когда у матери, например, появились время и силы. Во-первых, при этом меньше вероятность пресыщения, поскольку идет непрерывная смена впечатлений, действий. Во-вторых, мно-

гократное ежедневное повторение обязательных событий дня, их предсказуемость настраивает малыша на предстоящие события, на последовательность занятий и облегчает в значительной степени возможности его переключения. А как мы знаем, застреваемость на отдельных впечатлениях и крайне быстрая пресыщаемость в произвольной активности аутичного ребенка являются наиболее серьезным препятствием в организации его взаимодействия с окружением.

- Сенсорная организация пространства.

*Использование чувствительности к строению и динамике  
окружающего сенсорного поля*

Известно, насколько аутичный ребенок зависим от окружающего сенсорного поля. С одной стороны, это создает огромные трудности в его произвольной организации: случайные впечатления отвлекают его, он может слишком сильно погружаться в избирательные ощущения или уходить от взаимодействия, если присутствует в поле негативный раздражитель. Так, например, притягивающая его внимание электрическая розетка на стене (которая вызывает у ребенка страх) может занять его целиком и сделать безуспешными попытки его организации на какое-либо занятие либо быть причиной того, что ребенок просто не войдет в эту комнату.

Часто такая чрезмерная зависимость бывает причиной отсутствия у ребенка чувства самосохранения: он может убежать по дорожке в лес, зайти глубоко в воду, залезть высоко по лестнице, броситься к манящему впечатлению через проезжую дорогу или, наоборот, резко метнуться от отрицательно заряженного раздражителя.

С другой стороны, продуманная организация сенсорной среды позволяет избежать впечатлений, разрушающих взаимодействие ребенка с окружением, и наполнить ее стимулами, побуждающими к определенным действиям и задающими им нужную последовательность. Например, постеленная в коридоре дорожка заставляет по ней бежать в нужном направлении, вовремя открытая дверь организует выход ребенка.

Известно, что помощником взрослого, пытающегося наладить взаимодействие с ребенком, может выступать прежде всего ритмическая организация воздействий. Первые игры, которые осваивает с помощью близких малыш и при нормальном развитии в значительной степени построены на ритмической основе. В коррекционной работе следует активно использовать эти естественные приемы произвольной организации. Ритмический узор цветного орнамента позволит длительное время фиксировать внимание на картинке в книге, повторяющийся рисунок детского коврика (че-

редование дорог и домиков) позволит дольше следить за движением по нему машинки, музыкальный ритм легче организует движения, ритмичный пересчет ступенек (или ритмично напеваемый марш) поможет боязливому и осторожному малышу преодолеть лестницу.

Ритм может выступать и как фон, организующий и собирающий ребенка на какое-то более сложное занятие. Так, под ритмическое движение качелей или лошадки-качалки малыш способен прослушать сказку или какой-то небольшой рассказ о его жизни, в то время как в другой ситуации он не выдерживает этого и двух минут. Точно так же он способен дольше сосредоточиться на слушании книги или аудиозаписи, если при этом занят каким-то своим привычным ритмичным занятием (сбором пазлов, чирканьем карандашом и т. п.).

Аутичный ребенок может быть очень чуток к завершенности формы, которую он воспринимает. Эта особенность восприятия также должна обязательно учитываться. Например, совершенно «полевой» ребенок, уходящий от любой попытки его произвольной организации, может на ходу, вроде бы не глядя, сунуть в подходящее место недостающий кусочек пазла, не пользующийся активно речью малыш — вставить пропущенное слово в услышанной стихотворной строчке, допеть песню. Многие развивающие игрушки для детей раннего возраста, как известно, построены на этом принципе завершенности (пирамидки, кубики с рисунками, доски с углублениями и вкладышами и т. п.). Надо сказать, что у многих аутичных детей действия с подобными предметами наиболее успешны, некоторые из них могут проводить за ними достаточно длительное время. Однако при всей кажущейся разумности этих занятий (в отличие, например, от трясения какой-нибудь палочкой или бесконечного верчения колеса) нельзя надолго оставлять ребенка с ними один на один, так как это часто превращается тоже в форму достаточно механической аутостимуляции, в которую малыш может погружаться очень сильно. Необходимо называние взрослым того, что делается или получается у ребенка, эмоциональное комментирование его ловкости, умелости, чувства красоты и т. п. Вместе с тем, такие занятия могут и успокоить ребенка, вернуть ему комфортное состояние, чем достаточно часто его близкие пользуются в экстремальных ситуациях.

#### *Использование сенсорных раздражителей, повышающих эмоциональный тонус*

Существует много способов повышения эмоционального тонуса ребенка, благодаря использованию приятных для него сенсорных впечатлений, положительных сильных переживаний (игры с водой, со светом, с мыльными пузырями, красками, мячиком,

юлой, физическая возня, беготня по коридору с моментами «салочек» и «прятки» и т. д.). Для этого, конечно, надо хорошо знать конкретные пристрастия малыша, его особые интересы, а также то, что может вызвать его неудовольствие, страх. Поэтому подбор таких тонизирующих занятий должен быть достаточно индивидуален. Например, одного ребенка мыльные пузыри очаровывают, он приходит от них в восторг, пытается их ловить или давить, другого — они пугают; одного рисование красками тонизирует и сосредотачивает, другого — слишком возбуждает, провоцирует агрессию (разливание красок, неистовое замазывание бумаги до дыр), одному торможение приносит радость, другому — дискомфорт. Если даже нет возможности знать все подробности истории ребенка, можно сделать предположение о предпочитаемой им стимуляции, оценивая его психический статус с точки зрения близости к одному из описанных выше вариантов аутистического развития.

- Использование аутостимуляции ребенка.

Подключение к аутостимуляции ребенка также является ведущим приемом установления с ним контакта, способом усиления его активности и направленности на окружающий мир, организации и усложнения общих с ним способов взаимодействия с окружением.

Способы аутостимуляции детей, страдающих ранним детским аутизмом, могут быть достаточно разнообразны. И уровень подключения к ним тоже может быть разным.

Например, у аутичного ребенка с наиболее тяжелым вариантом развития радость, оживление легче всего можно вызвать шепотом, кружением, торможением. В норме все маленькие дети на определенном этапе развития тоже обожают тонизирующие игры, основанные на подобном торможении и подбрасывании. И, конечно, нельзя не использовать достаточно редкую возможность быть необходимым ребенку в качестве инструмента для получения удовольствия, он даже сам может просить об этом — привалиться к взрослому, приставить его руки к себе на пояс. Однако, в отличие от возни благополучно развивающегося малыша, такой ребенок не заглядывает в лицо того, кто его кружит, трясет, качает (характерно, что он поворачивается обычно к нему спиной), не пытается разделить с ним своего веселья. Оживление выглядит механическим, и подобное подключение к аутостимуляции тоже оказывается механическим.

Вместе с тем, эта же ситуация при другом — эмоционально осмысленном подходе может оказаться очень ценной. Главное условие, которое следует соблюдать при подобном взаимодействии с малышом — искать малейшую возможность повернуть его лицом к себе, поймать его взгляд, чередовать прятание своего лица и неожиданного выглядывания с улыбкой (т. е. проигрывать самому тот острый момент общения, который так восторженно стремятся

повторять благополучно развивающиеся дети). В момент наибольшего подъема тонуса аутичного ребенка его аффективное заражение от взрослого проходит значительно легче и он получает положительный опыт хотя бы недолгой синхронизации своего эмоционального состояния с состоянием другого человека.

Одновременно происходит и тренировка большей выносливости к тактильному контакту. К торможению, кружению (т. е. тому набору сенсорной, вестибулярной стимуляции, которым он вполне удовлетворяется сам) необходимо дозированно добавлять более адекватные неформальному контакту способы тактильного взаимодействия, естественно используемые при нормальном развитии — поглаживание, прижимание к себе, объятие; можно пытаться обнимать себя ручками ребенка и т. д. Так же как глазной контакт, тактильное взаимодействие лежит, как известно, в основе формирования привязанности.

Выбирая, если есть такая возможность, к какой форме аутостимуляции лучше присоединиться, надо помнить о том, что есть такие ее проявления, подключение к которым непродуктивно. К ним относятся самые грубые ее формы, которые выглядят как влечения, завязанные на переживании сильных телесных ощущений. Попытки обыгрывать их, пытаться наполнять эмоциональным смыслом практически бесполезны. Среди ранних форм такого захватывающего ребенка самораздражения можно отметить различные оральные манипуляции (сосание языка, щек, скрип зубами), поиск особых тактильных раздражений (фиксация каких-то ощущений в области ступни; онанизм); перебирание фактуры предметов (расслаивание веревочки и т. п.). На первый взгляд, такое погружение аутичного ребенка может напоминать характерную для нормы исследовательскую активность. Однако она отличается особой захваченностью, большим аффективным напряжением, ожесточенностью и стереотипностью.

Гораздо более продуктивным представляется подключение к аутостимуляции дистантными раздражителями, когда ребенок созерцает движение или ритмически организованные конструкции; замороженно смотрит в окно или слушает ритмические стихи, песни, а затем начинает их и воспроизводить. Здесь это подключение может носить характер погружения вслед за ребенком в поток очаровывающих его впечатлений и оказания помощи, которая ему в данный момент необходима — протянуть деталь конструктора, вложить кусочек пазла, отметить движение, которое произошло за окном, изобразить тарыхтение проехавшей машины. Если малыш ритмически стучит игрушкой, крутит колесико от машины, бесконечно требует завести юлу или его невозможно отвлечь от качелей — с этим тоже можно продуктивно работать, если заданную ритмическую форму сопровождать озвучиванием и внесением в

нее эмоционального смысла. Это очень осторожная и неторопливая работа: слишком много слов сразу, слишком небольшая дистанция общения или громкий голос, или резкое движение могут нарушить начинавшие возникать моменты объединенного с ребенком внимания.

- Приемы стимуляции речевого развития.

Замедленность набора слов в активном речевом запасе малыша, постепенная утрата и сворачивание имевшихся слов, разовое произнесение какого-то слова без дальнейшего повторения его, смазанность, недоговаривание слов — вот те особенности речевого развития, которые беспокоят родителей аутичных детей раннего возраста. До трех лет попытки логопедических занятий обычно предпринимаются редко. Но родные сами начинают пробовать активно исправлять неправильно произнесенные ребенком слова, заставляют его повторить еще раз, переспрашивают, когда не разобрали, что он сказал, задают вопросы, надеясь, что это стимулирует ответ. Однако в большинстве случаев это приводит к обратному результату — ребенок все больше избегает речевого взаимодействия, расстраивается, что его не понимают, и может практически замолчать.

Вместе с тем существуют достаточно действенные приемы провокации речевой активности. Рассмотрим некоторые из них.

#### *Использование имеющихся вокализаций ребенка*

Чаше мутичный аутичный ребенок не молчит все время: он может издавать какие-то звуки, играть ими, т. е. использовать их как средство аутоstimуляции. Для каждого ребенка набор таких «любимых» звуков достаточно ограничен — часть из них может напоминать лепетную речь (произнесение отдельных слогов — *ка*, *би*), иногда это стереотипное повторение одного и того же звука, характерно бывает также более сложное интонирование, похожее на птичий щебет. В последнем случае использовать вокализации ребенка для провокации речевых фонем практически невозможно. Он так увлечен ими, так погружается в это пропевание, что подключиться к этому типу аутоstimуляции, так же как к любому другому ее варианту, полностью захватывающему ребенка, очень трудно.

В других случаях нельзя упускать возможность подхватить уже имеющийся запас звуков малыша. Это совершенно естественный способ усиления речевой активности, наблюдаемый и при нормальном развитии. Если взрослый повторяет вслед за ребенком его звуки, он начинает их произносить чаще. Со звуками можно играть, провоцируя у малыша элементы подражания. Если сначала точно скопировать звук ребенка и увидеть, что это вызывает его интерес или хотя бы не вызывает неудовольствия, можно попытаться немного изменить интонацию, тембр голоса. Часто при этом ребенок, не обращавший внимания на лицо взрослого, начинает

смотреть на его губы, заглядывать в рот, пытаться произнести снова свой звук.

Следующий шаг — внесение звуков, произносимых ребенком, в смысловой контекст происходящего в настоящий момент. Для этого, когда малыш произносит свой стереотипный звук или слог, взрослый должен дополнить его до подходящего по ситуации слова. Например, *би* — может быть *обидели*, или *бегу*, или *лю-би-мый*, или изображение того, как сигналиит машина *би-би-и*. То, что один и тот же слог применяется к разным предметам, к обозначению состояния малыша, его действия или желания — тоже вполне естественно и закономерно на ранних этапах благополучно идущего психического развития. Не так страшно, если взрослый ошибся и не так интерпретировал услышанный звук — хуже, если он его пропустил, не отреагировал вовремя, не прикрепил осмысленным словом и своей эмоциональной реакцией к данной ситуации. И практика специалистов, и опыт родителей подтверждают, что даже при первоначально возможном ощущении бесполезности такой работы регулярность ее приводит к реально ощутимым результатам — малыш чаще начинает «звучать» в осмысленных вместе со взрослым ситуациях, звуки и слоги могут становиться более сложными, видно, как из них постепенно вырастает слово, которое оказалось для ребенка значимым (например, уже не исходное *би*, а *аби* или *биди*, произносимое малышом адекватно в момент обиды, расстройства, неудовлетворенности, боли), оно может начинать использоваться в форме первого обращения.

#### *Стимуляция речевой активности на фоне эмоционального подъема*

Взаимодействие с ребенком на фоне повышения его тонуса может значительно облегчить появление эхололий. Ребенком скорее подхватываются «аффективно заряженные» слова, отдельные междометия, восклицания, эмоционально произнесенные взрослым. Например, при выдувании мыльных пузырей — бульканье (*буль-буль-буль*), реплики (*еще, хлоп, лети, лови-лови*); при игре с водой — *кап-кап, плюх*; при раскачивании малыша на качелях — *кач-кач*, на лошадке-качалке — *но-о, иго-го, скачи*, изображение цоканья копыт и т. д. Воспроизведенные ребенком слова или их обрывки необходимо усилить своим повторением, добавляя еще понемногу новые слова (*но-о, лошадка, скачи быстрее* и т. п.).

Когда малыш находится в состоянии эмоционального подъема, следует произносить за него реплики, которые подходят к ситуации по смыслу, даже если он молчит. Например, если ему очень чего-то хочется и понятно чего, и он тянет ручку в нужном направлении, надо сказать за него: «Дай мне», «Открой»; если он бежит к маме, воодушевленный, с каким-то предметом или игрушкой в руках: «Мама, смотри»; если собрался прыгнуть со стола: «Лови меня» и т. д.

## *Приемы смягчения и преодоления проблем поведения*

Поведенческие проблемы в случае такого сложного нарушения развития как ранний детский аутизм требуют очень осторожного отношения к себе, особенно на этапе своего возникновения. Неправильная реакция близких, которые, естественно, пытаются устранить нежелательный способ поведения малыша, часто лишь его усиливает и закрепляет или приводит к появлению новых «странностей» у ребенка. Сложность заключается, прежде всего, в том, что все эти проблемы тесно связаны между собой, невозможно пытаться решить одну из них, не затрагивая остальные. Вполне закономерным является тот факт, что ослабление какой-то одной нежелательной поведенческой тенденции приводит к временному усилению другой (например, уменьшение страха может сопровождаться увеличением активности ребенка в целом и, в том числе, учащением его агрессивных реакций и негативизма).

Кроме того, причины возникновения основных проблем поведения разнообразны. Одна и та же реакция малыша, вызывающая беспокойство у родителей и значительно осложняющая их взаимодействие с ним, может являться и негативным приобретением, но может отражать и позитивную динамику его аффективного развития (например, появление агрессии может свидетельствовать о зарождении тенденции к преодолению страха или выступать в форме первого самостоятельного контакта малыша с окружающими). Ниже мы постараемся рассмотреть наиболее характерные поведенческие проблемы, их возможные причины, формы и наиболее адекватные способы обращения с ними.

### *Проблема формирования привязанности как основная проблема раннего возраста*

Эта проблема может обнаруживаться в двух своих крайностях, встречающихся при разных вариантах аутистического развития: как сверхпривязанность, проявляющаяся на физическом и на эмоциональном уровне, и как несформированность привязанности, ее отсутствие.

Проблема выраженной сверхпривязанности может возникать у аутичных детей в разных формах, в зависимости от глубины нарушения аффективного взаимодействия ребенка с окружением. В одном случае, ребенок не в состоянии перенести даже непродолжительную разлуку с матерью, она является для него неперенным условием существования. Эта симбиотическая связь складывается в младенческом возрасте и, в отличие от благополучного аффективного развития, не превращается в скором времени в формирование эмоциональной привязанности, а фиксируется в своем неизменном виде на многие годы. Во втором случае она выражена не



так жестко и скорее напоминает обостренный и затянувшийся тип привязанности, характерный для ребенка второго полугодия жизни. Здесь уже наблюдается не только физическая зависимость от мамы (хотя присутствует и она), но и эмоциональная, когда ребенок постоянно нуждается в ее поддержке, одобрении, побуждении на какую-либо активность.

Характерно, что когда сверхпривязанность носит витальный характер, она более покорно принимается мамой и хотя, конечно, очень тревожит ее, редко заставляет принимать самостоятельно какие-то радикальные попытки ее преодоления, несмотря на то, что ребенок становится старше. Вместе с тем, эта ситуация становится по-настоящему тяжелой для нее, возникает чувство обреченности: ребенок может не отпускать ее ни на минуту, все ее внимание должно быть уделено ему, не дает разговаривать с близкими, соседями, общаться с подругами, подходить к телефону. Даже при огромном терпении это может, естественно, вызывать моменты раздражения, расстройства, что усиливает, в свою очередь, беспокойство и тревогу ребенка и только закрепляет еще больше его потребность быть рядом с матерью.

Во втором случае, часто выглядящем как чрезмерная робость, боязливость ребенка, близкие, думая о будущем ребенка, пытаются найти возможность уберечь его от будущей нерешительности и несамостоятельности и тренировать малыша на постепенное ослабление его зависимости от матери. Например, отправляют ребенка на время погостить к бабушке или устраивают его в детское учреждение. Если там условия достаточно комфортные для него (прежде всего, мягкая, внимательная, терпеливая воспитательница; дозированность пребывания), он может прижиться, хотя часто наблюдаемая у таких детей соматическая ослабленность и подверженность заболеваниям не дает обычно там долго удержаться. Если попытка адаптации к новому месту в отсутствии близкого вызывает стресс, возможен временный регресс психического развития, который, в частности, проявляется и в изменении характера привязанности, большем приближении ее к первому варианту. Крайне тяжело переживаются такими детьми госпитализация без мамы; ее последствием могут быть усиление страхов, потеря речи, углубление аутизма и даже отсутствие длительное время живой реакции на родных.

Проблема заключается в том, что ребенок не должен перескакивать в своем развитии такой необходимый этап эмоционального созревания, как формирование привязанности. Даже в случае, когда этот период затягивается и приобретает болезненные формы, торопить его нельзя. Индивидуальные механизмы адаптации ребенка к менее стабильным условиям жизни вызревают внутри его эмоционального взаимодействия с матерью после и на фоне достаточно интенсивной проработки складывающихся аффективных сте-

реотипов их совместной жизни. Аутичному ребенку для этого нужно много времени. Поэтому попытки категоричного прерывания сверхпривязанности не могут являться действенным приемом ее ослабления. Этому может помочь лишь терпеливое и постепенное эмоциональное детализирование близким взрослым имеющихся общих с малышом бытовых занятий, игр, способов контакта. Ребенок должен накопить достаточный положительный опыт соучастия в этих взаимодействиях. Для этого необходимы постоянные эмоциональные комментарии мамы, обозначающие их, и постепенное выделение в них собственных переживаний ребенка, его роли в общих делах, подчеркивание его достижений и проявлений самостоятельности. Так маме, вместо того чтобы сражаться с ребенком, пытаясь оставить его на непродолжительное время в комнате, пока она сделает необходимые дела на кухне, можно увлекать его с собой, объясняя смысл происходящего: «Пойдем, посмотрим, не кипит ли чайник, и суп нам надо помешать... А потом я буду хлеб резать, а ты всем ложечки разложишь...»

В одиночку матери очень трудно пережить и «перерасти» вместе с ребенком мучающее их обоих состояние сверхпривязанности. Для этого необходимо, конечно, понимание того, что происходит, близкими и их поддержка, а не порицание маминых «ошибок воспитания». Кроме этого, нужна и реальная помощь в организации более разнообразных форм общения и развития взаимодействия в диаде мать-ребенок (например, дать возможность маме регулярно рассказывать папе в присутствии ребенка, что они делали сегодня, чем порадовал ее малыш, как они ждали папу, что ему приготовили и т.д.).

• Противоположная проблема — отсутствие привязанности или ее невыраженность.

Известно, что в других случаях ребенок не демонстрирует признаков привязанности. Он может оставаться индифферентным, когда мама уходит из комнаты, может уйти сам далеко от близкого, полезть на руки к незнакомому человеку. Карабкаясь по матери, как по неодушевленному предмету, он не заглядывает в ее лицо, не пытается ее обнять, а приваливается спиной (так же, как и ко всем остальным).

Для того чтобы привязанность появилась, как мы знаем по закономерностям протекания раннего нормального развития, должны быть ее предшественники — прежде всего, сосредоточение на лице матери, на ее голосе, ее узнавание, выделение среди других, требование ее присутствия, предпочтение ее рук.

На наиболее быстрое включение в общение с близкими ориентирован метод холдинг-терапии (М. М. Либлинг, 1995, 1997). Процедура этого проводимого ежедневно метода коррекции заключается в том, что мать ребенка берет его на руки, повернув к себе лицом, обнимает и удерживает, несмотря на его возможные отчаянные попытки выпр-

ваться. Вместе с сидящим рядом отцом, который поддерживает маму, а при необходимости и сам держит ребенка, они заверяют его, что эта ситуация для него не опасна: они его любят, хотят быть с ним подольше вместе, просят не уходить от них и взглянуть им в глаза. Эта длительная, на первых порах тяжелая и часто драматически протекающая процедура позволяет и ребенку и его родителям пережить, часто первый раз в жизни, то ощущение близости, которое возникает между матерью и младенцем в минуты общения и основывается на обилии тактильного контакта, остром прямом взгляде и общем расслаблении. При выполнении этой процедуры обязательным является комментирование родителями всех тех эмоциональных состояний, которые они при этом испытывают сами, которые переживает ребенок, объяснение, почему они не хотят его отпустить («мы очень по тебе соскучились», «нам так с тобой хорошо»). В дальнейшем при правильном течении холдинга (что может быть обеспечено в большей степени при курировании его специалистом, знающим и практикующим этот метод) эти комментарии превращаются в рассказы о самом ребенке, а превалирующие вначале холдинга сопротивление ребенка и попытки вырваться уступают место играм, занятиям с ним.

И сам аутичный ребенок и его родители восполняют таким образом дефицит ранних форм общения и узнавания друг друга, родители приобретают действенный способ острой помощи ребенку в случае тяжелого дискомфорта, страха, перевозбуждения, приучают ребенка к рукам, отчего он испытывает явное удовольствие, провоцируют усиление вокализаций ребенка и появление слов в экстремальной для него ситуации с последующим их закреплением. Появляется привязанность к близкому, стремление исследовать его лицо, способность эмоционально заражаться от него, понимать его эмоции и доходчиво выражать свои.

Надо отметить, что процедура холдинга может играть положительную роль и при преодолении симбиотической привязанности ребенка, о которой речь шла выше. С одной стороны, она предполагает активное включение в общение другого, помимо мамы, лица. С другой стороны, она ускоряет процесс перехода чисто физической связи малыша с матерью в эмоциональную.

Вместе с тем, следует помнить, что холдинг-терапия — очень сложная, несмотря на свою кажущуюся простоту, процедура, имеющая достаточно много противопоказаний [8]. Поэтому для формирования привязанности малыша к себе мама может использовать и более длительный, но не менее надежный прием установления и постепенного развития с ним эмоционального контакта, заинтересовывая его собой. стараясь привлечь его внимание к своему лицу, голосу, прикосновению, сочетая это с эмоциональным комментарием, включаться с малышом в поток переживаний и пытаться создавать устойчивый совместный жизненный стереотип.

## Страхи

Возникновение первых конкретных страхов и состояний тревоги и в норме связано с ранним возрастом. На первом году жизни наиболее характерны страхи громкого звука, резкого приближения объекта к лицу, неожиданного изменения положения тела, «чужого лица». Наибольшее их количество отмечается на втором — третьем годах жизни, и это закономерное явление в ходе благополучно протекающего аффективного развития.

Отличие страхов при эмоциональных нарушениях заключается не столько в их содержании (хотя традиционно в клинических исследованиях говорится об их часто неадекватном характере), сколько в их интенсивности и прочной фиксации. Однажды возникнув, каждый страх живет и остается актуальным для ребенка на протяжении многих лет. Страхи, которые иногда производят впечатление нелепых, беспричинных (например, собственной босой ножки, высунувшейся из-под одеяла, или зонтика, или капли воды на подбородке, или дырки на колготках и др.), становятся более понятными, если вспомнить, насколько аутичный ребенок может быть чувствителен к нарушению завершенной формы, насколько он может быть сензитивен к различным сенсорным ощущениям.

Причина страха действительно не всегда ясна; когда ребенок начинает говорить о том, что его пугает — это уже большой шаг вперед на пути освоения и начала преодоления опасной, травмирующей ситуации. Чаще, особенно когда ребенок маленький, только по его поведению — особой напряженности, крику, искаженному страхом лицу, замиранию или внезапному отшатыванию, закрытию глаз и ушей ручками — можно понять, что что-то здесь его испугало или вызывает очень большой дискомфорт. Может проявляться и другая тенденция, особенно характерная для детей более старшего возраста, когда ребенок тянется к пугающему его объекту и он превращается в предмет его особого интереса (например, урчащие трубы в ванной или батарее, подвальные окна, в которые он стремится заглянуть и т. д.).

Появление страха не всегда является показателем ухудшения состояния ребенка, в ряде случаев это может свидетельствовать, напротив, о положительной динамике его психического развития: о появлении более адекватного восприятия окружающего, о большей включенности в него, о возникновении чувства самосохранения. Если же усиление страхов сопровождается рядом каких-то витальных расстройств малыша — нарушением сна, усилением избирательности в еде, потерей имевшихся навыков — это, безусловно, является тревожным знаком нарастания аффективного неблагополучия, обострения его состояния.

Многочисленные страхи и тревожность ребенка с эмоциональными нарушениями, конечно, очень осложняют его жизнь и жизнь

всей его семьи. Возникая в обычных бытовых ситуациях, они превращают в пытку многие режимные моменты, необходимые процедуры ухода за малышом. Таковы уже упомянутые выше страхи горшка, умывания, стрижки ногтей и волос, одевания (связанные, например, с всовыванием головы в горловину свитера или натягиванием шапки), страх отпустить от себя маму, нарастание тревожности при изменении каких-то деталей привычной жизни. Из-за возникших и моментально закрепившихся страхов часто становится невозможно выйти на улицу, так как, попадая в подъезд, ребенок пугается, например, батареи или лифта, можно встретить собак или голубей, которых он панически боится; нельзя зайти в магазин в связи с тем, что он не переносит скопления народа; проехать в метро, где страх вызывает эскалатор и неожиданно выскакивающий из тоннеля поезд; пригласить гостей в дом или самим выбраться в гости, так как пугают незнакомые люди и чужое место; переехать летом на дачу, потому что прочно фиксировался страх летающих насекомых; вызвать врача и многое-многое другое.

С этими страхами живет вся семья. Хорошо зная и чувствуя своего ребенка, близкие стараются по возможности оградить его от заведомо пугающих ситуаций, однако понимают, что от всего не уберешь. Тем более, когда страх может вызвать просто все новое, непривычное, нестабильное. Часто мама, зная, что ребенок должен испугаться, пытается заранее убедить его: «Не бойся», или сама напрягается в ожидании неизбежной тяжелой реакции малыша, когда они подходят к «опасному» месту или объекту. Это напряжение, неуверенность близкого моментально передаются ребенку и подкрепляют его страх или тревогу.

Папы иногда занимают более «мужественную» позицию и пытаются преодолеть страхи достаточно радикальными методами, часто вспоминая опыт своего детства. Например, считают возможным затащить малыша на горку при том, что он боится высоты; оставить его засыпать в темноте; насильно усадить на горшок; включить в присутствии ребенка пылесос. Конечно, на определенном этапе эмоционального развития такая «тренировка» нужна, но малыш должен быть к ней готов. Развитие механизма освоения нестабильных, незнакомых ситуаций, преодоления опасности становится возможным лишь с опорой на достаточно разработанный уютный и надежный жизненный стереотип в целом.

У аутичного ребенка такой опоры нет, ее и нужно строить близкому взрослому, в первую очередь, а не начинать «бороться» с каким-то конкретным страхом. Надо сказать, что даже при наблюдаемых спонтанных попытках ребенка овладеть опасной ситуацией, когда он называет пугающий его объект или тянет мать, чтобы на него посмотреть, справиться со своим страхом он еще не может. Этот интерес к пугающему объекту превращается в форму ауто-

стимуляции, выглядит часто как особое влечение ребенка.

Обязательным условием смягчения уже имеющихся страхов и профилактики возникновения новых является создание и поддержка щадящего сенсорного режима жизни малыша, поднятие его эмоционального тонуса, избегание, по возможности, ситуаций (кроме жизненно необходимых), провоцирующих его острые страхи и тревожность. Вместе с тем, помочь ему пережить неизбежные изменения уже устоявшегося жизненного стереотипа можно лишь их постепенным включением в общий поток проработанных и проговоренных с ребенком положительных деталей его аффективного опыта. Действенным способом такой проработки является сочинение взрослым подробных историй про малыша и их рисование.

### *Агрессия*

Агрессия представляет собой одну из наиболее частых проблем поведения, возникающих достаточно рано у ребенка с нарушениями эмоционального развития.

Причины агрессивных проявлений и формы их выражения могут быть разнообразны. Для раннего возраста особенно характерна генерализованная агрессия, возникающая на фоне возбуждения ребенка, провоцируемая слишком сильными эмоциональными переживаниями (в том числе и положительными). Эта тенденция может наблюдаться и при вполне благополучном аффективном развитии, когда, например, расшалившийся малыш начинает все раскидывать, разбрасывать, растаптывать или неожиданно может подбежать и стукнуть или укусить маму или, чрезмерно возбудившись от шумной возни с другими детьми, ударить находящегося рядом ребенка, бросить в него чем-нибудь. В случае трудностей аффективного развития, когда наблюдается особая легкость пресыщения, исходно положительное впечатление быстро перерастает в отрицательное, данная тенденция выражена особенно сильно.

Другая частая причина агрессии — протестная реакция. Так же, как и аутистимуляция, она выполняет в этом случае функцию защиты. Аутичный ребенок протестует, прежде всего, против превышения доступного ему уровня взаимодействия с окружающими и нарушения стереотипных условий его существования. При этом агрессивные действия ребенка могут быть направлены как на близкого человека, так и на самого себя (он может биться головой, стучать себя по голове, кусать руку). Характерно, что при симбиотической привязанности малыша к матери физическая агрессия по отношению к ней чаще проявляется, когда для ребенка возникает угроза потери ощущения стабильности, надежности, обеспечиваемого матерью (например, когда она очень расстроена, плачет или раздражена).

И в случае моментально наступающего пресыщения малыша в принципе приятным, но слишком сильным для него впечатлением, и в случае непереносимости дискомфортного переживания очень важна профилактика возникновения частых агрессивных срывов. Для этого следует учитывать степень выносливости ребенка, соблюдать дозированность взаимодействия с ним, не пытаться резко менять освоенный им стереотип этого взаимодействия.

Агрессия может проявляться и как влечение: стремление схватить за волосы, вдавиться подбородком в плечо взрослого. Справиться с влечением очень трудно. Попытки переключить ребенка на какое-то другое впечатление обычно безуспешны. Запретить же ему подобные действия путем окрика, наказания не только малоэффективны, но и приводят к усилению влечения, либо возникновению самоагрессии. Вместе с тем, игнорировать такое поведение тоже невозможно. Достаточно действенным приемом является крепкое объятие малыша в ответ на его импульсивные агрессивные действия, прижатие его к себе, обилие тактильного контакта.

Однако, как мы уже говорили, агрессивные тенденции могут быть не только негативным проявлением, отражением дискомфорта, страха, чрезмерного возбуждения малыша, но и показателем положительной динамики его аффективного развития, повышением его психического тонуса. Например, увеличение речевой и двигательной активности ребенка, зарождение самостоятельных попыток контакта с окружающими могут сопровождаться появлением или временным усилением генерализованной агрессии.

### *Негативизм*

При благополучном аффективном развитии ребенок, как известно, переживает этап особого расцвета негативизма в период вхождения его в «кризис трех лет», содержание которого — отстаивание собственного «Я». Наблюдаемые у аутичного ребенка аналогичного возраста проявления негативизма качественно отличаются. Чаще всего они отражают не протест против подавления его самостоятельности, а все то же постоянное стремление сохранить неизменность окружающего и своих форм взаимодействия с ним.

Отказ малыша от выполнения каких-то бытовых требований близких, естественно возникающих при попытке формирования его основных навыков (самостоятельной еды, одевания, приучения к туалету и т. д.), связан не только с его реальными трудностями произвольного сосредоточения и подражания, но и с часто возникающим сильнейшим дискомфортом, страхом, который он переживает в этих ситуациях. Поэтому взрослый должен быть особенно терпеливым и осторожным в поиске подходящего момента для обучения ребенка, в оказании ему помощи, в заражении его своей уверенностью, что он справляется.

Часто причиной возникновения негативизма является особая зависимость малыша от непосредственных влияний окружающего сенсорного поля: ему трудно оторваться от какого-то захватывающего впечатления, оборвать незавершенное действие и т. п. Возникающие в подобных ситуациях проблемы характерны для определенного этапа нормального онтогенеза в районе годовалого возраста. Конечно, в случае рассматриваемых трудностей развития они выражены сильнее, но справиться с ними можно тем же путем продуманной организации окружающего, созданием и поддержанием специального аффективного режима воспитания.

### **Проблема интеграции ребенка с особенностями эмоционального развития в дошкольное учреждение**

Период адаптации к дошкольному учреждению — обычно достаточно сложный этап в жизни любого ребенка и его семьи. Даже при вполне адекватном поведении в самой группе малыш часто становится дома более возбужденным, пугливым, обидчивым, капризным, «разряжается» после напряженного дня на близких, старается не отпускать от себя маму и т. д.

Однако, естественно, проблем возникает больше, если у ребенка существуют реальные трудности аффективной регуляции поведения. Можно и нужно ли отдавать такого ребенка в дошкольное заведение? Насколько тяжело «приживаются» там дети с ранним детским аутизмом и какого типа заведение для них больше подходит? Эти вопросы мучают родителей, эти же вопросы каждый раз в индивидуальном порядке приходится решать специалисту, рекомендуя домашний режим воспитания или попытки ранней интеграции в сад, массовый или специальный.

В ясли аутичные дети попадают достаточно редко, в детские сады — значительно чаще. Побуждает родителей к этому не только необходимость решения каких-то жизненных ситуаций (например, то, что мама должна работать), но и надежда на то, что попав в садик, в компанию детей, ребенок начнет с ними как-то взаимодействовать или хотя бы постепенно привыкнет находиться среди них; может быть, будет что-то за ними повторять; может быть, опытные воспитатели научат его тому, что никак не получается дома.

Действительно, ребенок с выраженными трудностями общения и произвольной организацией поведения, с одной стороны, не приспособлен к жизни в детском коллективе, с другой, не имея положительного опыта пребывания в нем, он и не сможет приобрести нужные навыки коммуникации, понимать и учитывать в своих действиях желания и интересы других людей, будет иметь выраженные затруднения в дальнейшем во фронтальных занятиях с



педагогами. По возможности такой опыт, хотя бы дозированно, нужно успеть приобрести еще до школы.

Мы уже говорили выше о том, что реальный эмоциональный возраст ребенка с эмоциональными нарушениями, который по своим годам уже приближается к дошкольнику, значительно меньше. Поэтому часто такой ребенок, поступая в сад, испытывает трудности адаптации, характерные скорее для ребенка ясельной группы. Прежде всего, это проблема отрыва от матери, с которой он может еще находиться в состоянии наиболее тесной привязанности.

При удачно сложившихся обстоятельствах — доброй, тепло относящейся к ребенку воспитательнице или няне, у которой хватает и физических и душевных сил поддержать такого малыша, наиболее приемлемым способом его привыкания и получения хотя бы малейшего комфорта является в буквальном смысле этого слова привязывание к ней — он постоянно ходит с ней за ручку, сидит у нее на коленях. В этом случае он приживается в саду потому, что получает столь необходимую ему дозу тактильного контакта и обращение к нему других детей также оказывается опосредованным для него эмоциональной реакцией взрослого. Из рассказов родителей известен такой характерный факт, что, усвоив закономерность чередования воспитательниц в саду, ребенок спокойно отправлялся туда в тот день, когда должна была дежурить та единственная, с которой он установил контакт, и, наоборот, скандалил и сопротивлялся в другие дни.

Другой обычной проблемой является осваивание самых трудных режимных моментов дошкольного учреждения — дневного сна, еды, самостоятельного хождения в туалет. Известно, насколько легко возникают тяжелые ситуации в период привыкания и у обычных, вполне эмоционально устойчивых детей. Тем более у сензитивного ребенка. Как часто в саду начинают появляться эпизоды энуреза и энкопреза у уже хорошо просившегося или справлявшегося с горшком самостоятельно ребенка, отказы от еды, может возникнуть до тех пор не проявлявшееся стремление сосать палец, шмыгать носом, моргать, закручивать волосы во время засыпания или онанировать.

Даже если его за это не ругают, он и сам может начинать тревожиться, что не справляется с собой, что расстраивается мама, и это делает ситуацию для него еще более напряженной. В данном случае помогает именно понимание временности этих трудностей; если взрослые терпеливы и спокойны, их уверенность передается ребенку, эти реакции не закрепляются и проходят без следа.

Находясь в детском саду, аутичный ребенок испытывает в бытовой адаптации особенно много сложностей, так как он не просто чувствителен к новой обстановке, но для него крайне важно соблюдение всех привычных деталей во всех процедурах, во всех освоенных навыках. Он большой консерватор. Ему нужен определенный горшок,

он избирателен в еде и отказывается пробовать непривычную пищу, для него может быть проблемой переодеться в группе (например, снять колготки и надеть носочки). Поэтому те навыки, которыми он уже владеет дома, хотя обычно недостаточно ловко, не могут помочь ему в новой обстановке в силу стереотипности его поведения.

Надо быть готовым к тому, что освоение этих навыков придется начинать как бы заново. Но в этом случае они все же будут усвоены быстрее, и ребенок постепенно начнет учиться новому. Воспитатели теперь могут побуждать родителей переносить вновь приобретенные умения в домашние условия. Такая работа обычно идет довольно успешно и помогает ребенку набрать больше способов бытовой адаптации, а значит, стать менее стереотипным в поведении.

Обычно при привыкании к саду проблемой становится и крайняя медлительность аутичного ребенка. Он может просто как бы не слышать обращения или не следовать ему, выглядеть отсутствующим или растерянным, не понимать требования. Характерен и вариант, когда такой ребенок начинает делать то, что его просят, но гораздо позже, когда этого никто уже не ждет и все давно уже перешли к другому занятию. Поэтому внимание воспитателя должно охватывать и происходящее в целом, и запаздывающего малыша, потому что, не получая от взрослого подкрепления своего включения в общее действие, он может прекратить свои робкие попытки.

Следующая проблема — это вхождение в группу других малышей, постоянное присутствие в ней. Обычно он проводит время в стороне от детей, не включается в общие игры, «отсутствует» на занятиях, не участвует в праздниках. Однако, как выясняется часто впоследствии, он, устранившись обучаться в действиях, кое-что воспринимает и слышит. Например, дома он может спеть песенку, которую учили в саду (хотя там молчал), пересказать на доступном ему уровне задевший его эпизод из садовой жизни (например, повторить слова воспитательницы, которая ругала какого-то мальчика за провинность), назвать имена некоторых детей.

Если со взрослым, который ведет себя правильно и осторожно, такой ребенок может установить контакт, то с детьми отношения складываются труднее всего. С одной стороны, он часто их боится (и громких голосов, и резкости движений, и вообще непредсказуемости их поведения). С другой стороны, у него может легко возникнуть возбуждение от большого количества детей, от возникшей рядом возни, шумной, подвижной игры, правил которых он обычно не понимает. При этом нередко появляется генерализованная агрессия, когда такой малыш может разбросать игрушки, стукнуть находящегося поблизости другого ребенка. У него нет навыков контактов с другими детьми, поэтому он может подойти и забрать чужую игрушку, которая ему приглянулась, а вместе с тем — покорно отдать, когда у него что-то отнимают.

Как же помочь такому ребенку адаптироваться?

Для решения этой задачи нужны совместные усилия и близких ребенка, и всех тех людей, которые находятся рядом с ним в дошкольном учреждении.

Во-первых, нужно понимать, что такому ребенку привыкать к саду надо постепенно и готовить его к этому серьезному изменению привычной жизни нужно заранее. Родители, например, могут ходить с ним на прогулку к его будущему садику, смотреть, как там гуляют и играют дети, рассказывать подробно, что там будет: как будет проходить день, какая будет воспитательница (для этого у близких должно быть собрано достаточно сведений о данном дошкольном учреждении и группе, куда попадет ребенок), когда его будут забирать домой. Эта тема должна проговариваться с малышом, а еще лучше — прорисовываться.

По крайней мере первое время ребенка надо приводить в сад на ограниченный срок, постепенно его наращивая. Удачный первый вариант такого дозированного посещения — момент прогулки в саду. На прогулке желательно присутствовать матери ребенка. Во-первых, ему с ней комфортнее и надежнее, во-вторых, она может познакомить его с детьми, посещающими группу, наконец, она сама может получить о них определенное представление и поближе познакомиться с воспитательницей. Это очень важно не только для понимания той атмосферы, куда попадет малыш, но и для дальнейшей совместной с ним переработки впечатлений дня и поведения других детей, для эмоционального осмысливания событий. Эту работу следует проводить регулярно, тогда характерные проблемы адаптации будут вставать менее остро, ребенок почувствует себя увереннее, спокойнее, приобретет некоторый опыт усложнения взаимодействия с окружением, который без помощи близкого взрослого он будет переживать пассивно, достаточно фрагментарно и не сможет самостоятельно использовать.

Дозированность посещения дошкольного учреждения должна соблюдаться и в дальнейшем: в целях избегания пресыщения ребенка, его усталости от постоянного пребывания в большой группе, предотвращения его возможных на этом фоне аффективных срывов. Вместе с тем, регулярность хождения и определенные режимные моменты, которые может выдержать такой малыш, должны соблюдаться и поддерживаться аккуратно. Это создаст определенный привычный стереотип, который сам будет работать на организацию поведения ребенка и соблюдение деталей которого, проговоренных и эмоционально осмысленных вместе с близкими, будет давать малышу также ощущение стабильности и комфорта.

От воспитателей, конечно, требуется дополнительное внимание к такому малышу: ему лишний раз, индивидуально, стоит напомнить, что сейчас предстоит делать (сесть за стол, сходить в

туалет, одеваться), и, взяв за руку, отвести туда, куда нужно. Крайне важно, чтобы хватало терпения не выдергивать его из занятия, за которым он предпочитает проводить время (например, за игрой в конструктор или складыванием пазлов), а дать ему возможность довести начатое дело до какого-то завершения. Также надо учитывать, как тяжело даются такому ребенку все бытовые навыки, и быть терпеливыми в их стимулировании и поддержке. Нужно оберегать его и в контактах с детьми: с одной стороны, заинтересовывать ими, рассказывать и объяснять, что они делают, во что играют, с другой — дать возможность побыть на дистанции, понаблюдать со стороны; в какие-то общие занятия можно дозированно включаться вместе с ним (держа его за руку или даже на руках), но не исключать его из общей жизни детского коллектива. При соблюдении осторожности, одновременно мягкости и настойчивости такой ребенок может хорошо удерживаться в режиме.

### Вопросы и практические задания

1. Основные симптомы раннего детского аутизма (критерии Л. Каннера).
2. Особенности раннего аффективного развития детей с аутизмом.
3. Основные задачи коррекционной помощи семье, воспитывающей ребенка с нарушениями эмоционального развития.
4. Наиболее важные принципы организации коррекционной помощи аутичному ребенку раннего и дошкольного возраста.
5. Проблемы интеграции ребенка с аутистическим типом развития в дошкольное учреждение.

### Литература

1. *Башина В.М.* Аутизм в детстве. — М., 1999.
2. *Выготский Л.С.* Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч.: В 6 т. — М., 1982—1985. — Т. 4.
3. Дети с нарушением общения / *К.С.Лебединская, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг* и др. — М., 1989.
4. *Каган В.Е.* Аутизм у детей. — Л., 1981.
5. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей. — М., 1985.
6. *Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991.
7. *Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. — М., 1990.
8. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. — М., 1997.
9. *Обухова Л.Ф.* Детская психология: теории, факты, проблемы. — М., 1995.

## Глава 10. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В педагогике и психологии большое число исследований посвящено нарушениям поведения в школьном возрасте, в особенности — в подростковом периоде развития. Нарушения поведения у дошкольников изучены значительно слабее.

Процесс формирования личности в дошкольном возрасте только начинается, и поведенческие нарушения еще не являются стойкими. Они вариативны и в значительной степени обратимы. Поэтому применительно к дошкольному возрасту обычно не употребляются понятия *девиантное (отклоняющееся) поведение, психопатия, акцентуация характера*. Однако именно в дошкольном детстве складываются предпосылки всех этих отклонений и именно в этот период жизни ребенка наиболее эффективны профилактические и коррекционные меры.

Для понимания причин поведенческих нарушений необходимо кратко остановиться на закономерностях нормального (благополучного) детского развития. Как показал Л. С. Выготский, оно осуществляется благодаря тому, что ребенок живет в обществе и, общаясь с окружающими его людьми, усваивает социальный опыт человечества. Конкретизируя это положение, А. В. Запорожец четко разделил условия и движущие причины развития. Его *условиями* являются различные врожденные свойства организма, *движущими причинами* — социальные условия жизни ребенка.

Усвоение социального опыта совершается в процессе деятельности. А. Н. Леонтьев подчеркивал, что для каждого возрастного периода существует определенный вид деятельности, имеющий наибольшее значение для детского развития. Его называют *ведущей деятельностью* данного возрастного периода. В младенческом возрасте (на первом году жизни) это непосредственно-эмоциональное общение со взрослым, в раннем возрасте (от года до трех лет) — предметно-орудийная деятельность, в дошкольном возрасте (от трех до семи лет) — сюжетно-ролевая игра.

Каждому из этих видов деятельности соответствуют определенные формы общения со взрослым. Наиболее подробно они изучались М. И. Лисиной и ее сотрудниками. В младенческом возрасте общение и деятельность неразрывно слиты (как уже отмечалось, это *непосредственно-эмоциональное* общение). В раннем возрасте

тождество деятельности и общения исчезает. Складывается *деловое* общение ребенка со взрослым, которое осуществляется в процессе их совместных действий с предметами. В дошкольном возрасте, в связи с более сложными видами детской деятельности, появляются и более совершенные формы общения. Это *внеситуативное* общение. Оно не ограничивается ситуацией совместного действия, а выходит за ее пределы. Становится возможным обсуждение с ребенком достаточно сложных и разнообразных тем, относящихся к разным сторонам жизни. Существенную роль в детском развитии начинает играть и общение со сверстниками.

Итак, основными движущими причинами развития ребенка являются его деятельность и общение со взрослыми (а несколько позднее — и со сверстниками). Соответственно, те или иные *отклонения в деятельности и общении* приводят к нарушениям в формировании личности и поведения. Кроме того, свой вклад в эти нарушения вносят и неблагоприятные условия развития в виде различных *органических нарушений*. К ним относятся сенсорные дефекты, умственная отсталость, органические поражения центральной нервной системы и т. п.

Наиболее общая классификация причин поведенческих нарушений основана на выделении двух больших групп: социально обусловленные причины и органические причины. Вместе с тем, это разделение отнюдь не безусловно. Во многих случаях мы сталкиваемся с совместным действием обоих этих факторов. Это относится, в частности, к тем случаям, когда сами социальные факторы оказываются порождены органическими. Нарушения, имеющие подобное происхождение, Л. С. Выготский называл вторичными и третичными дефектами. Он показал, что аномальный ребенок из-за своего первичного дефекта оказывается в специфических социальных условиях. Все его воспитание и обучение протекает искаженно. Те воздействия окружающих, которые были бы вполне адекватны по отношению к нормальному ребенку, становятся неадекватны, если он не может их правильно воспринять в силу своей слепоты, глухоты или умственной отсталости.

Исторически выработанную и зафиксированную в культуре систему отношений ребенка определенного возраста с обществом Л. С. Выготский определял как *социальную ситуацию развития* в данном возрасте. Для каждого отдельного ребенка она воплощается в его конкретных отношениях со своим окружением (родителями, воспитательницей детского сада, другими детьми). Эти отношения в совокупности образуют *межличностную ситуацию развития* ребенка. «Вклад» самого ребенка в межличностную ситуацию своего развития определяется особенностями его поведения и деятельности.

Во взаимодействии с окружением у ребенка складываются те или иные *психологические синдромы*, которые и определяют формирование его личности, а также являются причиной поведенческих нарушений. Психологический синдром представляет собой комплекс взаимосвязанных проявлений (симптомов). Он характеризуется определенными условиями своего происхождения, высокой устойчивостью и специфическим направлением развития, в ходе которого одни симптомы закономерно сменяются другими. Общая схема, отражающая развитие психологического синдрома, представлена на рис. 1.

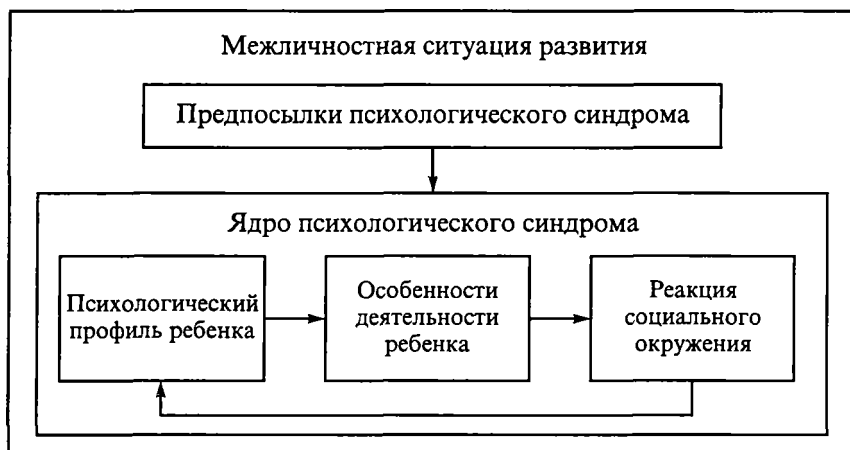


Рис. 1. Схема развития психологического синдрома

*Предпосылки синдрома* — это те факторы, которые существенны для его возникновения. Они могут иметь самую разнообразную природу — генетическую, медицинскую, социальную. В частности, в этой роли может выступить сенсорный дефект или интеллектуальное нарушение; ожидания и установки родителей (например, их отрицательное отношение к существующему общественному устройству или уверенность в одаренности своего ребенка); условия жизни и т. п.

Факторы, включенные в *ядро психологического синдрома*, закономерно видоизменяются в ходе его развития. Рассмотрим их подробнее. Как видно на схеме, специфика того или иного психологического синдрома определяется взаимодействием трех основных блоков:

*психологический профиль* ребенка — это совокупность как его личностных характеристик, так и показателей, относящихся к познавательным (когнитивным) процессам. Для разных синдромов основное значение могут иметь разные особенности психологического профиля;

*особенности деятельности* ребенка зависят от его психологического профиля (на схеме эта зависимость указана стрелкой). Эти особенности могут относиться к интенсивности и эффективности деятельности, ее успешности, степени ее соответствия социальным нормам, основной направленности (направлена ли она, в первую очередь, на общение, на практические достижения, на познание или на какие-либо еще стороны действительности). Важно помнить, что одна и та же психологическая особенность может порождать различные поведенческие проявления в зависимости от степени ее выраженности, от других психологических особенностей, от условий жизни, поведения окружающих и т. п. В свою очередь, одни и те же (или весьма сходные) поведенческие проявления могут вызываться разными психологическими особенностями;

под *реакцией социального окружения* понимается ответ социальной среды (родителей, воспитательницы, сверстников) на особенности деятельности данного ребенка. Эта реакция может состоять в поощрении одних форм поведения и наказании за другие, в общей оценке ребенка, в интенсивности общения с ним и т. п. Очевидно, что ее связь с самими проявлениями не однозначна и зависит от взглядов, привычек, личностных особенностей и педагогических установок взрослых, воспитывающих ребенка.

Между описанными блоками существует кольцевая взаимосвязь: картина поведения ребенка связана с его психологическим профилем; она, в свою очередь, определяет реакцию окружающих; эта реакция обуславливает те или иные изменения психологических особенностей. Влияние социальных отношений на психологический профиль ребенка обеспечивает *обратную связь*.

В кибернетике разработано понятие положительной и отрицательной обратной связи. Отрицательная обратная связь нормализует режим, в котором работает система. Положительная обратная связь («порочный круг») выводит систему из равновесия и может привести к ее разрушению. Психологический синдром — это и есть такое нарушение равновесия. Он возникает в том случае, когда имеется положительная обратная связь, т. е. когда реакции социального окружения обостряют ту самую психологическую проблему (неблагоприятную специфику психологического профиля), которая и породила эти реакции. Коррекционный подход основан на разрушении положительной обратной связи и замене ее на отрицательную, которая нормализует систему отношений ребенка с его социальным окружением.

В настоящей главе будут описаны шесть психологических синдромов, характерных для дошкольного возраста: социальная дезориентация, негативное самопредъявление, семейная изоляция, хроническая неуспешность, уход от деятельности и вербализм.



## 1. СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ

Этот психологический синдром проявляется в том, что для ребенка резко затруднено овладение правилами поведения. В итоге возникает неуправляемость, возможны агрессивные действия, ребенок может ломать ценные вещи, не понимает запретов. При социальной дезориентации причиной поведенческих отклонений служит невладение социальными нормами, а не их сознательное нарушение.

Пониженная чувствительность к социальным нормам — это основная особенность *психологического профиля* ребенка с синдромом социальной дезориентации. Она проявляется не только в поведении, но и в недоразвитии разных видов детской деятельности. Уже в раннем возрасте часто наблюдается замедленное овладение предметными действиями. В течение длительного времени сохраняются неспецифические, однообразные манипуляции с предметами. Позднее, в дошкольном возрасте замедленно развивается сюжетно-ролевая игра. Как правило, игры таких детей однообразны. Игрушки могут использоваться неадекватно (например, игрушечная кровать используется в качестве машины). В рисунках дошкольников с социальной дезориентацией проявляется отсутствие типичных для данного возраста графических шаблонов (т. е. общепринятых способов изображения человека, дома и т. п.). Таким образом, *особенности деятельности* при этом синдроме не исчерпываются поведенческими нарушениями, а охватывают все сферы детской деятельности.

*Предпосылками* социальной дезориентации могут являться различные виды патологии. Она может возникать вследствие умственной отсталости, аутизма, задержки психического развития. Иногда исходной причиной этого психологического синдрома становится нераспознанный взрослыми сенсорный дефект (в частности, снижение слуха). В некоторых случаях первичный дефект представлен локальным органическим поражением центральной нервной системы, не приводящим к общей задержке психического развития, но, тем не менее, серьезно нарушающим овладение социальными нормами. Благодатной почвой для этого варианта развития становятся импульсивность и гиперактивность (двигательная расторможенность), резко повышающие частоту столкновений ребенка с социальными нормами и запретами.

Вместе с тем, социальная дезориентация может развиваться и без какой-либо специфической органической основы. Ее предпосылкой может стать резкое изменение условий жизни ребенка. Этот синдром нередко возникает у детей беженцев, эмигрантов. Иногда причиной дезориентации становится поступление ребенка в детский сад. Развитию синдрома способствует резкое различие правил

и требований, предъявляемых ребенку дома и в детском саду, отсутствие гибкости у окружающих взрослых. В этом случае социальная дезориентация становится формой проявления *дезадаптации* ребенка.

Яркие формы дезориентации складываются у детей, с раннего возраста воспитывавшихся в условиях *социальной депривации*, т. е. недостаточного общения со взрослыми. Наиболее выраженные нарушения наблюдались у детей, с младенчества воспитывавшихся в приютах и детских домах. Р. А. Шпитц описал возникающий в этих условиях синдром госпитализма, характеризующийся грубыми нарушениями общего психического развития и, в частности, крайне низким уровнем социализации ребенка.

При социальной дезориентации *реакция окружающих* исходит из их представления о том, что ребенок сознательно нарушает правила поведения, «безобразничает», «хулиганит». Взрослые стараются добиться послушания посредством наказаний и повторных объяснений того, что «так делать нельзя». Однако ребенок с социальной дезориентацией не в состоянии понять ни этих объяснений, ни причины наказания. Он не может осуществить правильную классификацию жизненных ситуаций, чтобы вычленил те из них, которые подпадают под тот или иной запрет. Такой ребенок не способен, например, различить, в чем разница между запрещенным «драться» и разрешенным «давать сдачи», между понятием «свое» и «чужое».

Требования окружающих оказываются неадекватными реальным возможностям ребенка, уровню его ориентации в социальной действительности. Это еще больше «запутывает» его, усиливая его дезориентированность. В результате замыкается положительная обратная связь, придающая устойчивость психологическому синдрому.

Взаимосвязи между блоками, образующими ядро психологического синдрома социальной дезориентации, наглядно представлены на рис. 2.

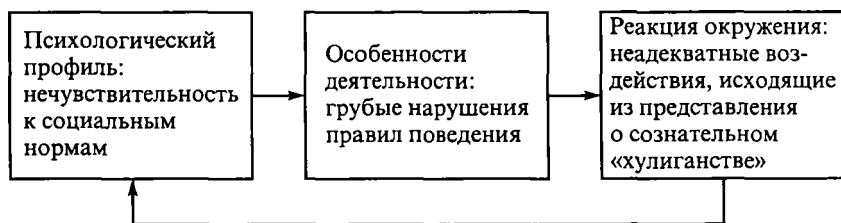


Рис. 2. Схема развития социальной дезориентации

Ребенок с социальной дезориентацией не протестует против правил и не пытается их «обойти». Он обычно искренне старается

их соблюдать, но просто не в состоянии этого сделать. При сохранном интеллекте к старшему дошкольному возрасту он начинает осознавать разницу в отношении окружающих к нему и к другим детям, однако он приписывает это отличие не своему поведению, а несправедливости взрослых. Он видит, что его регулярно наказывают, а других ребят — нет, хотя они тоже часто шалят. В этом возрасте он, как правило, в общих чертах уже понимает, что разрешено, а что запрещено. Однако он по-прежнему не может отличить серьезного проступка от безобидной шалости (которая тоже является нарушением правил).

Ребенок замечает, что многие из его сверстников безнаказанно нарушают правила. Из этого он делает вывод о том, что не страшно, если и он сам нарушит какое-нибудь из правил: например, побьет палкой своего обидчика. Ребенок не понимает, что нарушения других детей, оставляемые без наказания, гораздо более безобидны, чем его собственные, регулярно наказываемые. Из-за этого он проникается убежденностью в несправедливом отношении к себе со стороны воспитательницы, собственных родителей и других взрослых. В конечном итоге (уже за границами дошкольного возраста) такое убеждение ведет к представлению о том, что вся жизнь устроена несправедливо, что сами нормы общества неправильны, т. е. к сознательной асоциальной или даже антисоциальной установке. Такая установка с большой вероятностью может стать основой для формирования антисоциальной психопатии.

Из-за того, что ребенка постоянно одергивают, ругают и наказывают, у него снижается самооценка. Со временем она становится негативной («Я плохой»). Это дополнительно повышает вероятность развития по антисоциальному пути («Раз я плохой, то естественно, что я должен совершать дурные поступки»). Негативную роль играют также типичные для этого психологического синдрома нарушения общения со сверстниками (вследствие невладения принятыми формами общения).

В дошкольном возрасте социальная дезориентация вполне поддается коррекции. Для этого взрослые, воспитывающие ребенка, должны предельно четко продумать и сформулировать предъявляемые к нему требования. Они должны быть простыми, однозначными и понятными ребенку (при умственной отсталости следует ориентироваться на правила поведения, в норме соответствующие более младшему возрасту).

Запретов должно быть немного. На первом этапе коррекции следует запретить только наиболее грубые негативные проявления. Каждое нарушение этих запретов нужно наказывать, однако наказание не должно быть чересчур строгим. Задача не в том, чтобы вызвать у ребенка страх или чувство вины, а лишь в том, чтобы показать ему, что его поведение неправильно. Поэтому в большин-

стве случаев достаточно замечания, сделанного строгим тоном. Наказания (в том числе, строгие замечания) не должны быть слишком частыми, чтобы ребенку не казалось, что им недовольны все время, независимо от того, как он себя ведет. Именно поэтому важно свести запреты к минимуму.

Когда наиболее грубые негативные проявления будут преодолены, следует понемногу расширять круг задаваемых правил поведения, постепенно приближая его к возрастному стандарту. Очень важно поддерживать и повышать самооценку ребенка, не допуская формирования негативной самооценки. Взрослым необходимо понять, что ребенок нарушает правила не намеренно, а по незнанию. Нужно стремиться к тому, чтобы это понял и он сам. Тогда к концу дошкольного возраста можно будет использовать для коррекции поведения механизмы сознательной саморегуляции. Большие возможности для коррекции социальной дезориентации предоставляет сюжетно-ролевая игра. Воспроизводя в совместных играх с дошкольником различные жизненные ситуации, можно научить его адекватно в них ориентироваться. Полезно, чтобы ребенок чередовал исполнение ролей положительных и отрицательных персонажей. Это позволит ему лучше различить соответствующие модели поведения (положительную и отрицательную).

Значительную помощь может оказать также обсуждение с ребенком рассказов и сказок, выяснение того, кто из персонажей поступил хорошо, а кто — плохо. Для старших дошкольников важно включить в обсуждение и вопрос о том, *насколько* плох тот или иной поступок («очень плохой», «не очень хороший» и т. п.).

Для преодоления социальной дезориентации важно также проводить работу по целенаправленному формированию и социализации всех видов детской деятельности. Надо учить ребенка рисовать, отображая в рисунке стандартные, типичные для его возраста сюжеты. Надо также расширять сюжеты его игр. Это будет способствовать, в частности, налаживанию общения со сверстниками, имеющего чрезвычайно большое значение для нормальной социализации ребенка.

## 2. НЕГАТИВНОЕ САМОПРЕДЪЯВЛЕНИЕ

Этот психологический синдром складывается в дошкольном возрасте у детей с особенно высокой потребностью во внимании к себе (т. е. с ярко выраженной демонстративностью). Его проявления служат одной из наиболее распространенных причин, вызывающих жалобы на дурное поведение. При негативном самопредъявлении, в отличие от социальной дезориентации, нарушения общепринятых правил поведения носят сознательный характер. Гру-

бость и другие отрицательные проявления не являются следствием чисто случайного, непреднамеренного нарушения социальных норм: дети с этим психологическим синдромом к ним достаточно чувствительны. Эти формы поведения являются для ребенка средством привлечения к себе внимания окружающих.

*Межличностная ситуация развития* при негативном самопредъявлении характеризуется высокой конфликтностью отношений ребенка со взрослыми. В некоторых случаях его общение с родителями чуть ли не целиком сводится к взаимным скандалам, прерываемым кратковременными примирениями.

Негативное самопредъявление не предполагает наличия какой-либо органической основы. Частой *предпосылкой* возникновения этого психологического синдрома является атмосфера повышенного внимания к ребенку со стороны окружающих в раннем возрасте, позднее сменяющаяся недостатком внимания. Эта смена нередко бывает вызвана поступлением в дошкольное учреждение.

Основная причина повышенной демонстративности состоит в том, что у ребенка в раннем возрасте оказываются недостаточно сформированы содержательные формы делового общения со взрослыми. По терминологии М. И. Лисиной, деловое общение — это общение в ходе какой-либо деятельности: игры, рисования, действий с простейшими орудиями и т. п. У этих же детей общение остается, преимущественно, непосредственным: в форме самодемонстрации ребенка и ответных эмоциональных проявлений взрослых. Подобные проблемы часто возникают у детей, воспитываемых, в основном, бабушками и дедушками. Повидимому, пожилым людям, в силу возрастного снижения активности, иногда бывает трудно наладить с ребенком подлинно деловой контакт. В дошкольном возрасте повышенная демонстративность, как правило, проявляется в форме избалованности, капризности.

Центральной чертой *психологического профиля* при негативном самопредъявлении является яркая демонстративность в сочетании с представлением о том, что единственный способ быть замеченным окружающими — это вызвать их раздражение и возмущение. Позиция ребенка с этим синдромом — это позиция «ужасного ребенка», «хулигана».

Основной *особенностью деятельности* ребенка становится постоянное нарушение правил поведения. Негативное самопредъявление складывается вследствие невозможности найти другие способы удовлетворения особо высокой потребности во внимании к себе. Негативизм, который при других вариантах развития обычно проявляется только в периоды кризисов (трех лет, подросткового), в этом случае представляет собой постоянный фон детского поведения.

Взрослые своим поведением поддерживают представление ребенка о том, что нарушение правил — это наиболее эффективный способ привлечь к себе внимание. В ответ на его выходки они делают ему замечания, «читают нотации» и иными способами выделяют среди других детей. Эта *реакция социального окружения*, замыкающая положительную обратную связь, приводит к высокой устойчивости данного психологического синдрома.

Парадоксальным образом те формы обращения, которые взрослые используют для наказания, оказываются для демонстративного ребенка поощрением. Истинным наказанием является только лишение внимания. Любые же эмоциональные проявления взрослого, адресованные ребенку, воспринимаются им как безусловная ценность. Не будучи в состоянии добиться позитивных проявлений внимания к себе (похвалы, поощрения), он удовлетворяется проявлениями внимания в негативных формах. Они избавляют его от ощущения своей полной незаметности и неинтересности для окружающих. В результате отрицательные реакции взрослых служат подкреплением провоцирующего демонстративного поведения. Иногда взрослые замечают парадоксальную реакцию ребенка на наказания и замечания («Он как будто нарочно ведет себя так, чтобы его все время ругали!»), но обычно все равно оказываются не в состоянии сделать соответствующие выводы.

Общая схема развития негативного самопредъявления представлена на рис. 3.

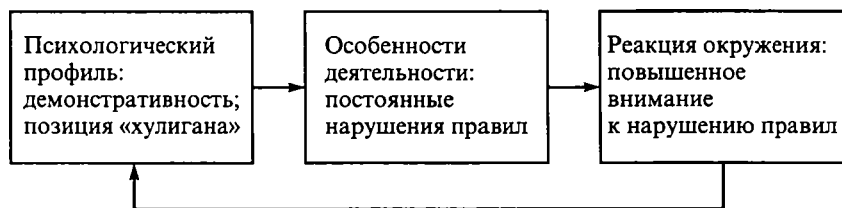


Рис. 3. Схема развития негативного самопредъявления

Для младших школьников с негативным самопредъявлением типичны трудности в общении со сверстниками. Это связано с тем, что дети в своих оценках ориентируются на мнение взрослых. Порицания, постоянно получаемые ребенком с негативным самопредъявлением, часто приводят к его отрицательной оценке также и сверстниками.

Вполне возможно (и даже довольно распространено) парадоксальное сочетание у одного и того же ребенка элементов как негативного, так и позитивного самопредъявления. Находясь в гостях

или на приеме у психолога такой ребенок не забывает говорить «спасибо» и «пожалуйста», вежливо здороваться и прощаться. Изображая «идеального ребенка», «пай-мальчика» или «пай-девочку», он добивается в гостях практически того же, чего дома — изображая «ужасного хулигана». Разумеется, формы внимания, получаемого при позитивном самопредъявлении, более привлекательны, так как оно при этом проявляется в похвалах, восхищении и умилении взрослых.

Во многих случаях позиция «идеального ребенка» удерживается только в социальных ситуациях, тогда как в домашней жизни ребенок может быть совершенно невыносим. Причина того, что дома он перестает играть роль «образцового мальчика» или «образцовой девочки» состоит в том, что родители, привыкнув к хорошему поведению, начинают считать его нормой и перестают обращать на него внимание. Чтобы вернуть себе их внимание, ребенку приходится прибегать к другим средствам — в частности, к негативному самопредъявлению.

Центральным моментом как в случае позитивного, так и негативного самопредъявления является именно *самопредъявление*, т. е. постоянное исполнение какой-либо роли, характерное для демонстративного ребенка. То, какой будет эта роль в каждый конкретный момент, зависит от ситуации.

**Прогноз** при негативном самопредъявлении относительно благоприятен. Как правило, этот психологический синдром не приводит к серьезным эмоциональным расстройствам, неврозам или психопатизации. Однако он порождает значительные трудности в воспитании ребенка и вызывает многочисленные жалобы педагогов и родителей. При особо сильной выраженности он может также вести к неблагоприятному развитию личности по истероидному типу.

При правильном поведении взрослых негативное самопредъявление **хорошо поддается коррекции**. Общие принципы рекомендаций для детей с этим синдромом просты, хотя им не всегда бывает легко следовать.

Основной принцип — это четкое распределение, регуляция внимания к ребенку по формуле: внимание уделяется ему не тогда, когда он плохой, а когда он хороший. Здесь главное — замечать ребенка именно в те минуты, когда он незаметен, когда не скандалит и не пытается привлечь к себе внимание хулиганскими выходками. Если же начинаются такие выходки, то любые замечания надо свести к минимуму.

Особенно важно, чтобы взрослые отказались от ярких эмоциональных реакций, ибо их-то ребенок и добивается. Активно-эмоциональное отношение к проделкам демонстративного «негативиста» — это фактически не наказание, а поощрение, подкрепляю-

щее асоциальные способы привлечения внимания взрослых. Если на него накричат и натопают ногами, то он расценит это как свое большое достижение. Основной способ наказать «негативиста» за его проделки — это лишить его общения. А главная награда — это любящее, открытое, доверительное общение в те минуты (часы), когда ребенок спокоен, уравновешен и делает то, что надо (или, по крайней мере, то, что можно).

Если проступок настолько серьезен, что оставить его без внимания невозможно, то наказание должно быть предельно безэмоциональным. Например, если ребенок хочет смотреть телевизор — выключить его, вынуть шнур и спрятать, сказав только: «До завтра смотреть телевизор не будешь», а затем не обращать внимания на все крики о том, что он «заставит отдать шнур», «разобьет и выбросит телевизор» и т. п.

Взрослые должны быть готовы к тому, что в первое время изменение стиля общения приведет, скорее всего, не к снижению, а к взрыву негативизма. На этом этапе ребенок обнаруживает, что средства, с помощью которых он до сих пор добивался внимания, вдруг перестали действовать. Первое, что он пытается сделать, — это усилить те средства воздействия на взрослых, которые до сих пор были столь эффективны.

Очень важно помнить, что ребенка с высокой демонстративностью ни в коем случае нельзя оставлять вообще без внимания. Он обязательно найдет те или иные способы его привлечения, и они могут оказаться гораздо хуже, чем все, что было до тех пор. Внимание, заинтересованность, эмоционально насыщенное общение — все это должно быть предоставлено ребенку в те (возможно, редкие) промежутки времени, когда он ведет себя хорошо или хотя бы несколько лучше, чем обычно. Скандал, устроенный им пять минут назад, должен быть забыт, как будто его и не было.

Итак, во время скандала — холодность и равнодушие, чуть позже — тепло и внимание. Только ни в коем случае не следует устраивать сцен примирения, прощения и т. п., иначе может закрепиться ритуал: скандал — примирение. Прежние нарушения должны быть именно *забыты*, они больше не должны ни вспоминаться, ни обсуждаться. Если за них было наложено какое-либо наказание, то оно не должно отменяться.

Удовлетворить ненасытную потребность ребенка с негативным самопредъявлением во внимании к себе бывает очень непросто. Необходимо найти сферу, в которой он может реализовать свою демонстративность. В этом ему могут помочь выступления на утренниках, детских праздниках (а также подготовка к ним), занятия рисованием, лепкой, керамикой (с тем, чтобы его произведения обязательно выставлялись на видное место).



### 3. СЕМЕЙНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ

Психологический синдром семейной изоляции — это, по сути, застревание ребенка в системе отношений, характерных для детей более раннего возраста, его неспособность адаптироваться в детской группе. Для ребенка с этим психологическим синдромом единственной средой, в которой он чувствует себя комфортно, является его семья. При поступлении в детское учреждение у него развивается состояние более или менее выраженной дезадаптации.

Частой *предпосылкой* семейной изоляции становятся повышенная сензитивность (чувствительность), астения в результате перенесенных заболеваний или конституциональной ослабленности нервной системы, детский аутизм. Однако этот синдром может развиваться и без какой-либо органической основы, вследствие неправильного воспитания. Наиболее выраженные формы семейной изоляции наблюдаются в тех случаях, когда семья представляет собой замкнутую единицу, изолированную от окружающего общества. Основой этого может стать ее принадлежность к какому-либо меньшинству: религиозной секте, этническому или национальному меньшинству, специфическому идеологическому, культурному или политическому движению (например, пацифизм или антропософия). Семейная изоляция широко распространена также в семьях эмигрантов и беженцев. Иногда она развивается у детей, воспитываемых не родителями, а бабушками и дедушками, чей стиль жизни сильно отличается от семей других детей в силу возрастной специфики. Во всех этих случаях из-за сильного расхождения между семейными ориентациями и установками, господствующими в обществе, оказывается затруднено включение ребенка в социальную действительность.

*Психологические особенности*, характерные для ребенка с синдромом семейной изоляции, — это повышенная зависимость, низкий уровень самостоятельности, инфантильность. Часта боязнь окружающего мира, приводящая к избеганию контактов со сверстниками. В результате этого у ребенка не формируются навыки общения и еще более углубляется его замкнутость в сфере семейных отношений, что и составляет главную *особенность его деятельности*.

*Реакция социального окружения* на инфантильность и несамостоятельность ребенка представлена, в первую очередь, гиперопекой со стороны родителей, которая поддерживает и закрепляет его психологические особенности.

Схема развития семейной изоляции представлена на рис. 4.

**Прогноз** дальнейшего развития ребенка с семейной изоляцией относительно благоприятен. Проблемы социализации, вызванные этим синдромом, не приводят к девиантному поведению. Они остаются на уровне трудностей нахождения своего места в группе, умения справляться со сложными жизненными ситуациями и т. п.

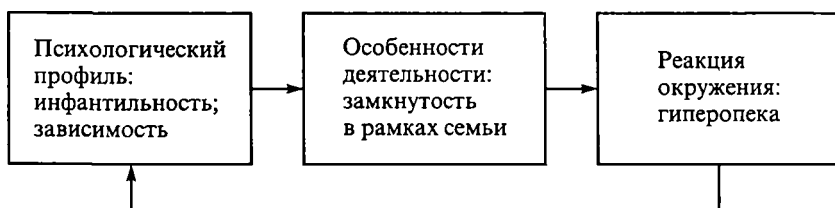


Рис. 4. Схема развития семейной изоляции

**Коррекционный подход** при этом психологическом синдроме основан, в первую очередь, на работе с семьей ребенка. Необходимо постепенно снизить уровень опеки, повышая уровень самостоятельности ребенка и расширяя его контакты с социальной действительностью.

Следует целенаправленно учить ребенка общению в небольшой детской группе. Поначалу его надо научить общаться и сотрудничать с одним-двумя партнерами. Общий принцип участия взрослого в детском общении: как можно более незаметная помощь, подсказка в случае конфликта или выпадения из общего дела. Если дети не могут сами придумать, чем им заняться, то взрослый должен подсказать им какую-нибудь интересную игру. Как только они начали играть, он отходит в сторону, предоставляя дальнейшую инициативу им самим. Как только снова возникает затруднение, взрослый снова вмешивается, помогая его устранить, и снова отодвигается на задний план.

Детям проще всего общаться со старшим ребенком: он охотно берет на себя роль ведущего, и от остальных требуется лишь выполнение его указаний. Младшие почти никогда с этим не спорят, признавая безусловный авторитет возраста. Поэтому ребенку, у которого есть трудности в общении, полезно для начала обеспечить возможность контактов со старшими детьми. Следующий этап в развитии навыков общения — это контакты с младшими. Теперь уже он сам выступает в роли старшего, и авторитет возраста обеспечивает успех его пока еще не очень умелым попыткам организовать какое-либо совместное занятие. Самое трудное — это общение со сверстниками. Тут уж приходится самому находить «золотую середину» между командованием и подчинением, все время соотносить свои намерения с желаниями других детей.

#### 4. ХРОНИЧЕСКАЯ НЕУСПЕШНОСТЬ

*Межличностная ситуация развития* при этом психологическом синдроме характеризуется несовпадением между ожиданиями взрослых и достижениями ребенка. Риск его возникновения появляется

тогда, когда с ребенком начинаются систематические занятия, результаты которых не устраивают родителей и/или педагога. У детей, посещающих массовые дошкольные учреждения, этот период обычно наступает в подготовительной группе детского сада. Дети же, нуждающиеся в коррекционной помощи (в связи с сенсорным дефектом или задержкой психического развития), нередко оказываются в аналогичной ситуации уже в трехлетнем возрасте.

Основная особенность *психологического профиля* при этом синдроме — резко повышенная тревожность, приводящая к дезорганизации действий и низкой результативности как основным *особенностям деятельности* ребенка. Позиция ребенка с хронической неуспешностью — это представление о себе как о безнадежно плохом ученике.

*Реакция социального окружения* — постоянная негативная оценка, поддерживающая высокую тревогу. Постоянные замечания, недовольство родителей и педагога приводят к тому, что у ребенка падает уверенность в себе, снижается самооценка. Это, в свою очередь, вызывает отнюдь не улучшение, а ухудшение результатов.

Естественные следствия высокой тревожности — это непродуктивная трата времени на несущественные детали, отвлечения от работы на рассуждения о том, «как будет плохо, если у меня опять ничего не получится», отказ от заданий, которые уже заранее кажутся ребенку слишком трудными. Естественно, что этот путь ведет к все более стойким неудачам. Постоянное опасение сделать ошибку отвлекает внимание ребенка от смысла выполняемых им заданий; он фиксируется на случайных мелочах, упуская из виду главное.

Так складывается порочный круг: тревожность, нарушая деятельность ребенка, ведет к неудаче, негативным оценкам со стороны окружающих. Неудача порождает тревогу, способствуя закреплению неудач. Чем дальше, тем труднее становится разорвать этот круг, поэтому неуспешность и становится «хронической».

Общая схема развития этого синдрома представлена на рис. 5.

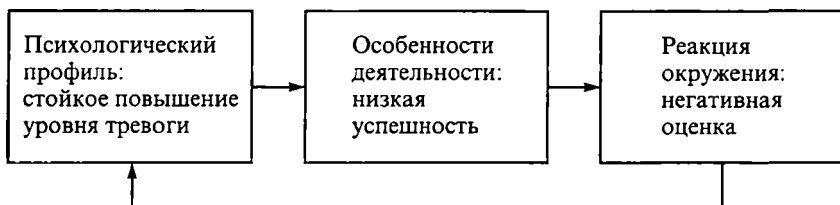


Рис. 5. Схема развития хронической неуспешности

Кроме повышенной тревоги, существует еще одно условие, без которого хроническая неуспешность не возникает. Это — высокая степень социализированности ребенка, установка на исполнительность, послушность, некритическое выполнение требований взрослых. Если такой установки нет, то ему более или менее безразлично несоответствие его достижений ожиданиям взрослых. Конечно, и у такого ребенка может повышаться уровень тревоги, но по другим причинам.

*Предпосылки*, приводящие, в конечном итоге, к хронической неуспешности, могут быть различными. Это может быть несоответствие применяемых методов обучения возможностям ребенка, неправильная диагностика имеющегося дефекта. В некоторых случаях «слабым звеном», запуская порочный круг, оказываются завышенные ожидания родителей. Нормальные, средние успехи ребенка, которого считали «вундеркиндом», воспринимаются родителями (а значит, и им самим) как неудачи. Реальные достижения не замечаются или оцениваются недостаточно высоко. В результате начинает работать механизм, приводящий к росту тревожности и, вследствие этого, к реальным неудачам.

Возможен вариант, когда повышенная тревожность ребенка первоначально формируется не из-за неудач в обучении, а под влиянием семейных конфликтов или неправильного стиля воспитания. Вызванная этим общая неуверенность в себе, склонность панически реагировать на любые трудности, переносится позже и на учебные задания. Далее складывается уже описанный синдром хронической неуспешности и, даже при нормализации семейных отношений, тревожность не исчезает: теперь она поддерживается учебными неудачами.

Независимо от исходной причины, развитие по типу хронической неуспешности протекает примерно одинаково. В конечном итоге во всех случаях наблюдается сочетание низких достижений, резко повышенной тревожности, неуверенности в себе и низкой оценки ребенка окружающими (родителями, педагогами). Все эти нарушения обратимы, но, пока они не преодолены, успехи ребенка, разумеется, продолжают снижаться.

Главное, что необходимо сделать для **коррекции** хронической неуспешности, — это обеспечить ребенку ощущение успеха. Для этого, прежде всего, нужно подобрать дошкольное учреждение и программу обучения, соответствующие его реальным возможностям. При оценке его деятельности надо руководствоваться несколькими несложными правилами. Главное из них — ни в коем случае не сравнивать его весьма посредственные результаты с эталоном (требованиями программы детского сада, образцами взрослых, достижениями более успешных сверстников). Ребенка нужно сравнивать только с ним самим и хвалить его лишь за одно: за улучшение

ние его собственных результатов. Если же сегодняшний результат ниже вчерашнего, то надо лишь выразить твердую уверенность в том, что завтрашний будет выше. Очень важно найти хоть какую-нибудь сферу, в которой ребенок может оказаться успешным, реализовать себя. Этой сфере надо придать высокую ценность в его глазах. В чем бы он ни был успешен — в физических упражнениях, в чисто бытовых домашних делах, в компьютерных играх или в рисовании, — это должно стать предметом живого и пристального интереса родителей. В качестве чрезвычайно значимой, высоко ценимой и остро их интересующей должна подчеркнута выделяться та сфера деятельности, в которой ребенок успешен и может самоутверждаться, обрести утраченную веру в себя.

Ни в коем случае нельзя ставить в вину ребенку неуспехи в занятиях. Напротив, следует подчеркивать, что, раз он что-то научился делать хорошо, то постепенно научится и всему остальному. Ребенка, страдающего хронической неуспешностью, нужно не просто побольше хвалить и поменьше ругать (что очевидно), но хвалить именно тогда, когда он что-то делает (а не тогда, когда пассивно сидит, не мешая окружающим).

Дети с повышенной тревожностью подвержены астенизации, поэтому в работе с ними важно дозировать нагрузки. В занятиях надо делать достаточно частые перерывы, чтобы ребенок мог отдохнуть. Для такого ребенка любой раздражитель оказывается как бы более сильным, чем для других детей. Желательно оберегать его от чрезмерно сильных впечатлений (не кричать на ребенка, не позволять ему смотреть фильмы ужасов, стараться избегать травмирующих ситуаций типа похорон или поминок и т. п.).

Если уже возникла астения, то дозировка нагрузок должна быть особенно строгой. В любых занятиях, а особенно в умственном труде, ослабленному ребенку необходимы частые перерывы, заполненные либо активными движениями (типа игры в мяч), либо релаксацией. Родителям следует показать простейшие приемы релаксации.

## 5. УХОД ОТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Этот синдром складывается у детей, которым не удается реализовать присущую им демонстративность. *Межличностная ситуация развития* при этом синдроме характеризуется тем, что ребенок не получает достаточного внимания со стороны взрослых. Это может объясняться неблагополучием в семье или (чаще) занятостью родителей, не замечающих высокой потребности ребенка во внимании к себе. Уход от деятельности не предполагает наличия какой-либо органической основы.

Основную особенность *психологического профиля* составляет сочетание демонстративности с тревожностью. В итоге возникает внутренний конфликт, так как тревожность становится психологическим препятствием для реализации демонстративности. Этот конфликт разрешается благодаря гипертрофированному развитию защитного фантазирования. Оно представляет собой своего рода игру, которая совершается не во внешнем, а во внутреннем плане.

Погружаясь в мир своих защитных фантазий, ребенок «отключается» от внешней активности, избегает участия в занятиях. Внешняя пассивность является основной *особенностью его деятельности* и обуславливает название синдрома.

*Реакция социального окружения*, пытающегося «вернуть» ребенка к скучной и неинтересной для него деятельности, дополнительно стимулирует его уход в замещающее фантазирование. Таким образом замыкается положительная обратная связь, поддерживающая устойчивость психологического синдрома.

Схема развития ухода от деятельности представлена на рис. 6.

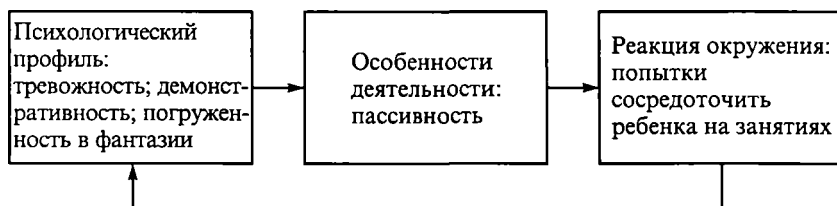


Рис. 6. Схема развития ухода от деятельности

Ребенок с уходом от деятельности как бы отсутствует на занятиях, не слышит адресованных ему вопросов и указаний, не выполняет заданий. И дело не в его повышенной отвлекаемости. Ребенок не сосредоточен на чем-то постороннем, а погружен в себя, в свой внутренний мир, в фантазии и мечты. Фантазирование позволяет восполнить недостаток внимания. «Игры в уме» становятся средством удовлетворения как игровой потребности, так и потребности во внимании к себе окружающих.

Обычная жизнь для таких детей недостаточно насыщена впечатлениями, она кажется им скучной, монотонной. Фантазия предоставляет выход из этой обыденности. В мечтах можно слетать в Африку, пережить необычайные приключения, вызвать всеобщее восхищение. Иногда даже создается ощущение, что ребенок путает фантазию и реальность. Он рассказывает о каких-либо вымышленных событиях (не столь экстравагантных как полет в Африку), и нередко родители верят его рассказам.

При уходе от деятельности, как правило, не развивается хроническая неуспешность. Привыкнув находить удовлетворение в

фантазировании, ребенок обращает мало внимания на свои неудачи в реальной деятельности. В итоге у него не формируется особо высокий уровень тревожности, хотя некоторое ее повышение неизбежно присутствует (как уже указывалось, тревога и является тем барьером, который мешает ребенку разворачивать демонстративное поведение из-за опасения негативной реакции окружающих).

При уходе от деятельности механизм возникновения и поддержания повышенного уровня тревожности существенно иной, чем при хронической неуспешности. Решающую роль в нем играет конфликт между стремлением получать реальное (а не только воображаемое) внимание и его отсутствием. Так порождается замкнутый круг причин и следствий: фрустрация (неудовлетворенность) потребности во внимании порождает тревогу, блокирующую те формы поведения, с помощью которых ребенок мог бы привлечь к себе внимание. Это, в свою очередь, поддерживает фрустрацию и т. д.

Уход от деятельности — частая причина жалоб педагогов и родителей. Последних нередко сильно раздражает «лживость», в действительности всего лишь отражающая детские фантазии. Вместе с тем, **прогноз** развития ребенка при этом синдроме в целом благоприятен. Привычка к постоянному фантазированию способствует общему умственному развитию, несмотря на то, что объяснения взрослых часто оказываются пропущены мимо ушей или поняты не до конца.

Вместе с тем, загнанная внутрь, нереализуемая потребность во внимании к себе может привести к истероидному развитию личности. Поэтому при сильно выраженном уходе от деятельности этот синдром требует педагогической **коррекции**. Основные направления рекомендаций таковы. Во-первых, активное воображение ребенка надо развернуть во внешней форме, направить его на решение реальных творческих задач. Во-вторых, в этой реальной продуктивной творческой деятельности (рисовании, лепке, конструировании и т. п.) ему необходимо сразу обеспечить эмоциональное подкрепление, внимание, ощущение успеха.

Если при хронической неуспешности не имеет значения, где именно ребенку удастся обеспечить успех, то при уходе от деятельности нужна такая сфера, которая удовлетворит, насытит фрустрированную потребность демонстративного ребенка во внимании к себе. Если родители отрицают наличие у своей дочери или своего сына каких-либо художественных способностей, то можно рекомендовать занятия абстрактной живописью. После показа репродукций или, что еще лучше, картин на выставке, после того как ребенок убеждается, что абстрактная живопись действительно существует и пользуется общественным признанием, ему предлагается самому попробовать создать нечто подобное. Рисование абстракций на больших листах бумаги (лучше — цветной) гуашью,

широкой кистью обречено на успех. Яркие декоративные рисунки вообще хорошо удаются детям, а детям с развитым воображением (как при уходе от деятельности) — особенно. Рисунки обязательно следует вывешивать, украшая ими квартиру, и показывать всем, кто приходит в дом. Они действительно красивы, а главное, нет никаких критериев для строгой оценки и уж тем более — для осуждения.

## 6. ВЕРБАЛИЗМ

Этот психологический синдром обычно складывается в младшем дошкольном или в раннем возрасте. Как явствует из названия, *психологический профиль* в этом случае определяется преобладанием вербального развития (речи и словесной памяти) над развитием других познавательных процессов (восприятия, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, воображения, произвольного внимания).

Распространенные *предпосылки* возникновения вербализма — это умственная отсталость, задержка психического развития, детский аутизм. Л. С. Выготский показал, как складывается этот психологический синдром у умственно отсталых детей при неправильной коррекционной работе, направленной исключительно на развитие речи. Однако вербализм нередко встречается и у детей с сохранным интеллектом (в частности, в тех случаях, когда родители пытаются воспитать «вундеркинда»).

*Межличностная ситуация развития* при вербализме определяется специфическими педагогическими установками семьи. Многие родители (а еще чаще — бабушки и дедушки) считают речь важнейшим и чуть ли не единственным показателем психического развития. Они прилагают все усилия к тому, чтобы ребенок как можно раньше научился говорить, учат с ним большое количество стихов и т. п. В этом случае игнорируются все дошкольные занятия, кроме тех, которые связаны с речью. Обычно такого ребенка чрезмерно рано начинают обучать чтению и письму. При этом не уделяется внимание тем видам деятельности детей раннего и дошкольного возраста, которые вносят основной вклад в умственное развитие (действия с предметами, орудиями, сюжетная игра, рисование и пр.).

Для этого психологического синдрома характерна позиция «вундеркинда», непосредственно внушаемая ребенку в его семье (нередко это относится и к умственно отсталым детям). Самооценка ребенка завышена. Как правило, повышен также уровень демонстративности. Основная *особенность деятельности* ребенка с вербализмом — это выраженное преобладание вербальной активности над любыми другими ее формами. Характерные для дошкольного



возраста виды деятельности не сформированы. Общение со сверстниками нарушается из-за отсутствия общих интересов. Общение со взрослыми формально сохранно, однако в действительности ребенок с вербализмом не столько общается или действует, сколько демонстрирует свои способности окружающим.

*Реакция социального окружения* состоит в поощрении и поддержке вербальной активности. Бойкая речь, уверенные ответы на вопросы (как правило, всего лишь воспроизводящие что-то услышанное ранее) привлекают повышенное внимание взрослых, которые высоко оценивают эти достижения.

Схема развития вербализма представлена на рис. 7.

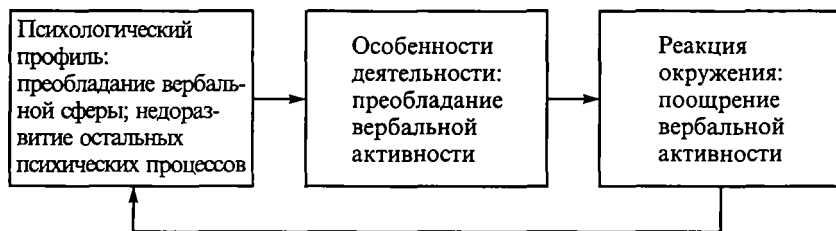


Рис. 7. Схема развития вербализма

При вербализме нередко наблюдаются неадекватные поведенческие проявления, связанные как с завышенной самооценкой ребенка, так и с несформированностью полноценной ориентировки в социальной действительности (вследствие недоразвития ведущих видов деятельности). Вербализм нередко становится основой возникновения других психологических синдромов. Так, характерный для него низкий уровень самоконтроля и недостаточная ориентация в социальной действительности могут приводить к синдрому социальной дезориентации. Поступление в дошкольное учреждение и связанное с этим уменьшение внимания, к которому ребенок привык, могут стать причиной развития по типу негативного самопредъявления. Неудачи на занятиях в детском саду, вызванные недоразвитием дошкольных видов деятельности, чреваты формированием синдрома хронической неуспешности.

Вербализм требует серьезного **коррекционного вмешательства**. Этот психологический синдром представляет собой один из вариантов педагогической запущенности. Хотя он развивается у тех детей, которым, казалось бы, уделяется очень много внимания, но внимание это уделяется не в тех формах, которые необходимы для полноценного психического развития.

Общая рекомендация такова: начинать коррекционные занятия с ребенком надо с того места в его развитии, где полезные детские занятия прекратили развиваться и начали выхолащиваться в

пустые словесные формы. Приходится заполнять те пустоты в детском развитии, которые успели накопиться за долгое время.

Занимаясь с «вербалистом», приходится все время останавливать речевой поток и стимулировать продуктивную деятельность («Ты мне потом расскажешь, как будут жить зверюшки. А сначала давай их слепим»). Но после того как задание выполнено, ребенку обязательно надо дать высказаться.

Необходимой составляющей коррекционной работы при вербализме является также формирование полноценного общения со сверстниками. Рекомендации в этом случае могут быть в целом такими же, как при синдроме семейной изоляции.

### Вопросы и практические задания

1. Назовите общую классификацию причин поведенческих нарушений.
2. Охарактеризуйте основные блоки, определяющие специфику того или иного психологического синдрома.
3. Обоснуйте коррекционный подход при психологическом синдроме семейной изоляции.
4. Обоснуйте коррекционный подход при психологическом синдроме хронической неуспешности.
5. Охарактеризуйте межличностную ситуацию развития при синдроме ухода от деятельности.
6. Обоснуйте коррекционный подход при вербализме,

### Литература

1. *Выготский Л.С.* Дефект и сверхкомпенсация // Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. — М., 1995.
2. *Выготский Л.С.* К вопросу о динамике детского характера. — М., 1995.
3. *Выготский Л.С.* Развитие трудного ребенка и его изучение. — М., 1995.
4. *Выготский Л.С.* Трудное детство. — М., 1995.
5. *Добсон Дж.* Непослушный ребенок. — Иллинойс, 1992.
6. *Лангмейер Й., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте. — Прага, 1984.
7. *Прихожан А.М., Толстых Н.Н.* Дети без семьи. — М., 1990.
8. *Раттер М.* Помощь трудным детям. — М., 1987.
9. *Сухарева Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1974.
10. *Экман П.* Почему дети лгут. — М., 1993.

## **Глава 11. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СЛОЖНЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Сложным нарушением мы называем такое, когда у ребенка сочетаются два первичных нарушения развития. Такими нарушениями могут быть выраженные нарушения зрения и ДЦП, глухота и ДЦП, слепоглухота, слепота и тугоухость, слепота и системное нарушение речи, умственная отсталость и выраженные нарушения зрения, слабовидение и глухота, слабовидение с глухотой и нарушениями движений и т. п. Именно эти достаточно выраженные нарушения развития должны рано диагностироваться у детей как сложные дефекты. Множественным нарушением мы называем такое, когда у ребенка сочетаются три или более нарушения (первичных), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии: например, умственно отсталые слабовидящие глухие дети. К множественным дефектам можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда нарушений, вызванных глубоким поражением ЦНС, затрагивающим сенсорную и двигательную сферы ребенка. Обычно у ребенка почти сразу после рождения устанавливают одно выраженное нарушение и только со временем обнаруживают второй или даже третий сопутствующий дефект. Это объясняется тяжестью одного, установленного с рождения нарушения и трудностью диагностирования второго. Например, установив врожденную слепоту у ребенка, врожденное нарушение слуха устанавливают только со временем, по отставанию в развитии речи. Или тяжелое врожденное нарушение движений у ребенка не позволяет вовремя определить его нарушенное зрение или слух и т. д. Кроме того в ряде случаев второе нарушение развития присоединяется к первому с возрастом, так как оно является прогрессирующим и проявляется не сразу. Поэтому так сложна точная диагностика сложных нарушений в раннем и дошкольном возрасте.

### **1. ЭТИОЛОГИЯ СЛОЖНЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

Нередко ошибкам диагностики способствует позднее установление причины нарушения развития у ребенка, которая, будь она

установлена своевременно, могла бы насторожить врача в отношении возможности поражения сразу нескольких функций. Известно, что биологические причины нарушения развития у ребенка могут иметь генетическое или экзогенное происхождение. В последние годы современная медицина серьезно рассматривает ряд неблагоприятных социально-психологических факторов, которые могут также серьезно осложнить эмоционально-личностное развитие ребенка (психическая депривация, реактивные расстройства привязанности, длительное расставание с матерью и т. д.).

Когда мы имеем дело с одним биологическим первичным дефектом развития у ребенка, мы рассматриваем вероятность либо наследственного, либо экзогенного происхождения. В случае сложного нарушения развития, когда у ребенка имеется два первичных дефекта, можно рассматривать шесть разных нозологических вариантов: 1) первый дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение; 2) первый дефект имеет экзогенное, а второй генетическое происхождение; 3) оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга; 4) оба дефекта обусловлены разными экзогенными факторами, действующими независимо; 5) оба дефекта представляют собой разные симптомы одного и того же наследственного синдрома или заболевания; 6) оба дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

В группе сложных дефектов, как правило, преобладают врожденные формы патологии, имеющие в подавляющем большинстве случаев генетическое происхождение. Например, умственную отсталость с сенсорными нарушениями обычно относят к наследственным синдромам и заболеваниям. Реже встречаются хромосомные синдромы как виды сложных нарушений. Классический пример сложного дефекта хромосомного происхождения — это синдром Дауна. Кроме умственной отсталости у детей с этим синдромом в 70 % случаев имеются нарушения слуха и в 40 % — выраженный дефект зрения. Почти 30 % детей с синдромом Дауна имеют двойной сенсорный дефект в сочетании с умственной отсталостью.

Считается, что почти 60 % врожденных нарушений слуха являются генетически обусловленными. Примерно одна треть этих наследственных нарушений слуха у детей сочетается с другими видами нарушений. Так, известно около 80 наследственных синдромов и заболеваний, приводящих к одновременному нарушению зрения и слуха. Описан ряд синдромов, сочетающих врожденную тугоухость и врожденную миопию (синдром Маршалла), глухоту и прогрессирующую атрофию зрительных нервов обоих глаз; прогрессирующие мышечную дистрофию, тугоухость и пигментную дистрофию сетчатки (синдром Рефсума) и т. д. В ряде случаев сим-

птомы такого наследственного заболевания проявляются не одновременно. Например, при синдроме Ушера нарушение слуха может возникнуть с рождения, а поражение сетчатки в виде пигментного ретинита начинает проявлять себя только в дошкольном возрасте в виде ночной или сумеречной («куриной») слепоты.

Иммунологическая несовместимость между матерью и плодом (гемолитическая болезнь новорожденных) также может быть причиной недоразвития познавательной деятельности ребенка, нарушений слуха и двигательных расстройств.

К экзогенным по происхождению заболеваниям, приводящим к сложному и даже множественному нарушению развития, относятся различные пренатально (внутриутробно), перинатально и постнатально перенесенные заболевания. Наиболее известными из таких внутриутробных заболеваний является краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др. Такие заболевания, как корь или скарлатина, тяжелый грипп или нейроинфекции в детском возрасте также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и ряд других соматических заболеваний.

Вирус краснухи проникает от заболевшей матери через плаценту в плод и может вызвать множественные пороки развития ребенка. Наибольший риск множественного поражения плода возникает при заболевании матери краснухой на ранних сроках беременности. Считается, что примерно треть детей, перенесших краснуху в утробе матери, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями. Примерно 87 % пораженных детей имеют нарушения слуха; 46 % — врожденный порок сердца; 34 % — врожденные нарушения зрения и 39 % — трудности в обучении. У части детей все эти пороки развития встречаются одновременно в виде врожденной катаракты обоих глаз, глухоты и врожденного порока сердца (триада Грегга). У некоторых детей последствия внутриутробного заражения вирусом краснухи проявляются спустя месяцы или даже годы после рождения в виде тяжелых соматических заболеваний, катаракт, прогрессирующего нарушения слуха, заболевания сахарным диабетом, замедления физического и психического развития и т. д. При подозрении у ребенка внутриутробной краснухи диагноз может быть подтвержден вирусологическими или серологическими лабораторными исследованиями. Вирус краснухи может выделяться у некоторых новорожденных детей в течение 12 — 18 месяцев жизни и создавать опасность заражения для других. С начала 70-х годов в развитых странах мира проводятся профилактические прививки против краснухи, которые свели до минимума случаи рождения детей с синдромом врожденной краснухи. В России такие прививки с 1998 г.

Другим известным внутриутробным вирусным заболеванием, которое может привести к сложным нарушениям, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ), считающаяся наиболее распространенной среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у матерей почти без видимых симптомов и подтверждается только после серологических лабораторных исследований. В период новорожденности это заболевание проявляется у некоторых детей в виде затяжной желтухи, а в раннем детском возрасте — в виде пневмоний, менингоэнцефалитов, энтероколитов и других заболеваний. Как следствие этой врожденной инфекции у детей могут возникать нарушения как изолированные (врожденная косоплапость, глухота, деформация нёба и микроцефалия), так и комплексные (глухота и нарушения зрения в виде хориоретинита или атрофии зрительных нервов и т. д.) Цитомегаловирусная инфекция может стать причиной преждевременных родов и глубокой недоношенности ребенка. После того как была успешно решена проблема профилактики внутриутробной краснухи, наиболее опасной инфекцией, могущей вызвать врожденные нарушения слуха у детей, считается ЦМВ.

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушения зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери токсоплазмозом, сифилисом и пр.

В последние годы ряд специалистов отмечает рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на свет глубоко недоношенными и спасенными благодаря достижениям современной медицины. Примерно у 11 % недоношенных детей обнаруживаются аномалии развития глаз, приводящие к глубоким нарушениям зрения и даже слепоте (врожденная глаукома, врожденная катаракта, атрофия зрительного нерва, ретинопатия или ретролентальная фиброплазия и др.). Ретинопатия (поражение сетчатки) развивается у глубоко недоношенных детей при неадекватном кислородном и световом режиме во время искусственного вынашивания в кюветах. При использовании кислорода в концентрациях, превышающих атмосферный уровень, возникает повышенное напряжение кислорода в артериальной крови ребенка, которое может привести к спазму и последующему тяжелому поражению незрелой сетчатки глаз новорожденного. Как следствие глубокой недоношенности, у таких детей могут наблюдаться и нарушения слуха. В ряде случаев к бисенсорному дефекту добавляется ДЦП или другие нарушения. Во многом причины глубокой недоношенности остаются пока не известными.

К неясным по природе причинам множественных, в том числе и сенсорных, нарушений относят пока и CHARGE-ассоциацию, которая все чаще встречается у детей с двойным сенсорным и множественным нарушениями. Это название сложилось из сочета-

ния первых латинских букв шести слов, обозначающих разные нарушения (нарушение зрения в виде колобомы радужки или сетчатки; нарушение сердечной деятельности; трудности глотания и дыхания из-за сужения или атрофии носовых отверстий-хоан; отставание в росте; недоразвитие половых органов; нарушения органов слуха).

Если причина нарушения развития у ребенка известна и может, по определению, привести к сложному и множественному дефекту, то все эти дети должны быть отнесены к группе риска по сложному нарушению сразу после рождения. Это глубоко недоношенные дети; дети, матери которых перенесли во время беременности такие инфекционные заболевания, как краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, сифилис и др.; дети, рожденные матерями, имеющими такие хронические заболевания, как диабет, заболевания почек, рассеянный склероз, гепатит и др.; это все дети, которые появились на свет в семьях, где отмечалось рождение людей со сложными нарушениями.

Знание причин и особенностей заболеваний, которые могут привести к сложному нарушению развития у ребенка, может существенно помочь в диагностике этих нарушений, в выделении новорожденных детей группы риска и внимательному наблюдению за их развитием. При этом нужно помнить, что при экзогенно обусловленных синдромах все симптомы, как правило, могут проявляться одновременно. При наследственно обусловленных — клинические признаки нарушений разных систем могут проявляться в разное время.

Единая комплексная программа обследования детей должна включать: обязательное медицинское и психолого-педагогическое комплексное обследование каждого ребенка при первом обращении; регулярные повторные обследования состояния зрения и слуха у детей со всеми видами аномалий развития; регулярные повторные психолого-педагогические обследования всех детей с нарушениями развития; направление всех семей на генетическое обследование.

Диагностика и выявление детей со сложными и множественными нарушениями развития — это новая и сложная проблема. Специалистам, призванным ее решать, нужны самые широкие знания в разных областях медицины, генетики, специальной педагогики, во всех областях специальной и клинической психологии. Особенно важны для них знания в области изучения и обучения детей с сенсорными нарушениями (глухих, слепых и слепоглухих).

Дошкольная специальная педагогика в отношении всех детей со сложными и множественными нарушениями только складывается. Пока имеются только отдельные индивидуальные истории обучения таких детей. И только в отношении детей с двойным

сенсорным дефектом (нарушением зрения и слуха) мы можем говорить об определенных традициях их специального дошкольного воспитания и обучения.

Наиболее изученной категорией детей со сложным нарушением являются слепоглухие дети. Только для этой категории детей со сложным нарушением созданы программы дошкольного обучения.

Обучение слепоглухих детей в нашей стране имеет вековую традицию. Широко известная школа для слепоглухих детей — Детский дом для слепоглухих в г. Сергиевом Посаде Московской области — всегда имела дошкольное отделение, в котором слепоглухие дети воспитывались иногда даже с двухлетнего возраста. И хотя эта школа успешно работает с 1963 г. в системе Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации, в нашей стране до настоящего времени не существует официального определения ни слепоглухоты, ни другого вида сложного нарушения как особого вида детской инвалидности. Инвалидность до сих пор определяется по одному, наиболее выраженному нарушению, и часто родители вынуждены решать сами, какой именно вид нарушения у ребенка нужно оформить для получения инвалидности.

К началу XXI столетия 80 государств мира имеют специальные школы и службы для слепоглухих. Содержание определения «слепоглухой ребенок» различно в разных странах и зависит от условий воспитания таких детей и нормативных документов, принятых в каждом государстве по этому поводу. Например, отнесение ребенка к категории слепоглухих в США или Скандинавских странах гарантирует ему место для бесплатного обучения в дошкольном или школьном учебном учреждении и особое социальное обслуживание (сопровождение, транспорт, перевод и т. д.) Слепоглухота в этих странах определяется как комбинация нарушений слуха и зрения, которая создает особые трудности для общения ребенка и требует специальных условий для обеспечения его образовательных нужд.

## **2. О КЛАССИФИКАЦИИ СЛОЖНЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

Нарушения развития могут проявляться различными сочетаниями, существует не менее 20 видов сложного дефекта. Это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений, например, сочетания нарушений зрения и слуха (слепоглухота), зрения и системного нарушения речи, зрения и умственной отсталости, зрения и движений.

По выраженности *сочетанных нарушений* зрения и слуха детей можно разделить: 1) на тотально или практических слепоглухих;



2) на слепых слабослышащих; 3) на слабовидящих глухих; 4) на слабовидящих слабослышащих.

Среди детей с таким сложным дефектом как нарушение зрения и речи, можно выделить: 1) слепых алаликов; 2) слабовидящих алаликов; 3) слепых детей с ОНР и т. д.

Детей с нарушением зрения и движений можно разделить на: 1) не передвигающихся самостоятельно слепых детей; 2) слепых с остаточными явлениями ДЦП.

Глухих умственно отсталых детей можно разделить на: 1) глухих с выраженной умственной отсталостью; 2) глухих с легким отставанием в умственном развитии и т. д.

Однако при определении выраженности нарушения у ребенка дошкольного и особенно раннего возраста мы всегда должны помнить о только предположительном или условном характере этого определения. Дети в этом возрасте наиболее интенсивно развиваются и при своевременной медицинской и специальной педагогической помощи, с одной стороны, можно существенно компенсировать и корригировать имеющиеся нарушения, а, с другой стороны, эти нарушения могут носить прогрессирующий характер, в связи с чем состояние ребенка заметно ухудшается.

Например, объективная диагностика состояния слуха (электрокорковая аудиометрия) у глубоко недоношенного ребенка с глубокими нарушениями зрения в возрасте до 1-го года может указывать на выраженные нарушения слуха, которые при повторном обследовании после года могут смениться на легкие нарушения или даже показать нормальные возможности ребенка слышать. Опыт воспитания таких детей показывает, что в этих случаях своевременный подбор и ношение слуховых аппаратов дает положительный эффект даже при временном их ношении, до года, так как снижает вероятность глубокой сенсорной депривации.

Ребенок, рожденный слепым или ослепший от раннего проявления врожденной катаракты обоих глаз, имеет большой шанс возвращения зрения после удаления катаракты в раннем возрасте. Для правильного развития остаточного зрения ребенок должен носить очки (ему показано две пары очков — для постоянного ношения и для занятий на близком расстоянии), а в будущем ему показана операция по вживлению искусственного хрусталика. Современная глазная хирургия дает возможность значительного улучшения зрения и при других заболеваниях. Однако при этом необходимо помнить о большом количестве осложнений после операций катаракты, о возможности вторичных катаракт и даже потери зрения в юношеском возрасте из-за отслойки сетчатки у части детей с внутриутробно перенесенной краснухой. При хорошо подобранном лечении и правильном воспитании яркая положительная динамика может наблюдаться у детей с тяжелыми

формами детского церебрального паралича, у детей с кондуктивной тугоухостью и т. д.

С другой стороны, известны наследственные синдромы, которые дают прогрессирующее ухудшение движений, слуха и зрения уже в дошкольном возрасте. Например, при врожденной атрофии зрительных нервов обоих глаз и сахарном диабете у ребенка с нормальным при рождении слухом может наступить нейросенсорная глухота. Известен также высокий риск тотальной отслойки сетчатки уже в дошкольном возрасте у детей с врожденной тяжелой близорукостью и тугоухостью (синдром Маршалла).

Таким образом, разделение детей со сложными нарушениями по выраженности каждого из имеющихся дефектов позволяет определить их основные трудности и построить программу их обучения и воспитания. При этом необходимо постоянно следить за изменением состояния нарушенных функций и быть готовым не только к их будущему улучшению, но и к ухудшению или появлению новых проявлений других нарушений.

*По времени наступления нарушений* можно выделить детей с одновременно и одновременно наступившими сложными нарушениями. Это могут быть врожденные нарушения зрения и слуха у ребенка (слепоглухота), одновременно наступившие после заболевания менингоэнцефалитом в раннем или старшем дошкольном возрасте. Это могут быть различные случаи одновременной потери слуха и зрения (одно нарушение врожденное, другое наступило в результате травмы или прогрессирующего наследственного заболевания). В других случаях это может быть врожденная слепота и неподвижность после травмы позвоночника, полученной в более позднее время; прогрессирующее нарушение зрения и умственная отсталость при нейрофиброматозе; прогрессирующая тугоухость и нарушение подвижности суставов при некоторых видах мукополисахаридоза и т. д. Этот подход к классификации сложного нарушения у детей дошкольного возраста помогает нам понять неоднозначность течения многих видов сложного дефекта, возможность перехода этих детей из одной категории нарушений развития в другую и т. д. Учет времени наступления нарушений особенно важен для детей с сенсорными нарушениями: для оглохших детей является очень важным степень сформированности их речи ко времени заболевания; для ослепших — запас их зрительных впечатлений, на которые можно опереться при ориентировке в окружающем.

*По возрасту детей*, в котором проявилось сложное нарушение, их можно разделить на три группы: дети с врожденным или рано приобретенным дефектом; дети, у которых проявилось нарушение в младшем возрасте; дети с нарушением, приобретенным в старшем дошкольном возрасте. Врожденное или очень рано наступив-

шее сложное нарушение у ребенка чрезвычайно осложняет процесс его развития и требует самого пристального внимания со стороны специалистов разного профиля в течение всей жизни такого ребенка. Рождение ребенка с комплексным тяжелым нарушением почти сразу ставит вопрос о возможности его семейного воспитания. Именно эти дети чаще всего попадают в специальные Дома ребенка и клиники, и прогноз их развития там самый печальный. Мы не знаем ни одного случая благополучного развития ребенка со сложными нарушениями, от воспитания которого с рождения отказались его родители.

Для всех случаев приобретенного с возрастом сложного нарушения чрезвычайно важно установление особенностей развития ребенка: его психологического возраста ко времени наступления нарушений, достигнутого к этому времени уровня знаний и умений.

Известно, например, что дошкольник с более поздней потерей слуха и зрения имеет преимущества в развитии перед ребенком с врожденной слепоглухотой. У нормально развивавшегося с рождения ребенка, потерявшего зрение и слух в 2—3 года, уже должны быть сформированы основные крупные и мелкие движения, предметные и предметно-игровые действия, он должен правильно ориентироваться в окружающем мире, иметь опыт эмоционального, жестового и даже речевого общения со взрослыми.

Совсем на другом уровне интеллектуального, личностного и речевого развития наступает ребенка беда, если она случается в 5—6 лет. У нормально развивающегося ребенка этого возраста все предметы, свойства и отношения достаточно точно и дифференцированно соединяются со словами-названиями и образы их могут быть вызваны, актуализированы по слову в отсутствие воспринимаемого объекта. Названия предметов, свойств и отношений получают значительно более обобщенную и одновременно дифференцированную основу. За каждым словом ребенка в этом возрасте должно стоять представление, которое уточняется, расширяется и обобщается, обогащая смысл и значение слова. В этом возрасте возникает и развивается способность ребенка к наглядному обобщению, которое ложится в основу будущих понятий. Происходит переход от наглядно-действенного к наглядно-образному мышлению. Ребенок переходит от речи, сопровождающей действия, к фиксирующей речи. К пяти годам в привычных видах деятельности уже возникают элементы словесного планирования собственных действий ребенком. И если заболевание нарушило только периферические отделы анализаторов и не затронуло глубоко мозг ребенка, то можно рассчитывать на то, что все психологические достижения младшего и среднего дошкольного возраста могут быть успешно использованы в его развитии и после наступления нарушений.

С другой стороны, нельзя не учитывать, что приобретение сложного дефекта в дошкольном возрасте может отбросить развитие ребенка далеко назад. У ребенка может измениться поведение, чрезвычайно затрудниться контакт со взрослыми и совершенно разрушиться контакт со сверстниками. Чем старше ребенок, тем сильнее вероятность возникновения тяжелых реактивных состояний, наблюдаемых при резком разрушении привычных способов общения и ориентировки в окружающем. По тому, насколько успешно восстанавливаются нарушенные контакты со средой у такого ребенка, можно судить о перспективах его развития. Для этого очень важно самым тщательным образом собирать все имеющиеся сведения об особенностях его психического развития до заболевания и своевременно начать восстанавливать утраченные связи, используя сохранные органы чувств. Прогрессирующий негативный и необратимый характер нарушений, проявляющихся с возрастом у ребенка, может свидетельствовать о неблагоприятном прогнозе развития ребенка или даже о деменции.

Описанные выше подходы к классификации сложных нарушений у детей показывают огромное многообразие вариантов таких нарушений в детстве.

Но среди этого многообразия проявлений нарушений можно выделить основные категории детей: дети с сохранными потенциальными возможностями развития и умственно отсталые дети. Дети, способные к самостоятельной активной осмысленной деятельности, и дети, нуждающиеся в постоянной заботе и полном обслуживании со стороны окружающих.

Решить же вопрос о потенциальных возможностях развития каждого отдельного ребенка со сложными и множественными нарушениями можно только в процессе его воспитания и обучения.

### **3. ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА СО СЛОЖНЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В СЕМЬЕ**

Проблема, во многом определяющая все дальнейшее развитие ребенка со сложными и множественными нарушениями, — это проблема принятия его в семье.

Рождение в семье ребенка с явными нарушениями развития — это всегда глубокие переживания для всех членов его семьи. Это долгая и мучительная душевная борьба родителей с самими собой: они должны принять случившееся или отвергнуть. Отвергнуть — это не всегда значит отказаться от ребенка, это означает и внутреннее несогласие с тем, что их ребенок не такой, как другие, неприятие этого. Эта драма принятия или неприятия ребенка всегда происходит в семьях, где на свет появилось дитя с выраженными

нарушениями. Но подобные переживания во много раз усугубляются, если ребенок имеет не одно, а два или более выраженных нарушений. Осознание и принятие себя как родителей ребенка с тяжелыми нарушениями — это главная и самая тяжелая проблема таких семей. Эти семьи часто испытывают огромное давление со стороны врачей, советующих оставить больного малыша в Доме ребенка, отказаться от его воспитания, так как, по их мнению, нет надежды достигнуть какого-то осязаемого результата в его развитии. Как правило, такие советы дают врачи, впервые в своей практике встретившиеся с подобным, действительно редким врожденным нарушением у ребенка; они ничего не знают о возможных путях его воспитания и обучения и ничем не могут помочь.

Именно в этот период родителям необходима поддержка специалистов, верящих в возможности помочь ребенку с любыми нарушениями, знакомых с практикой социально-психологической поддержки семьи и методами воспитания, например, слепоглухого ребенка. Еще большую поддержку могут оказать другие родители, уже пережившие подобный стресс и нашедшие в себе силы для правильного воспитания ребенка. Очень важно бывает узнать, что твой случай не единственный и не исключительный, что такие же или почти такие же дети воспитывались и воспитываются в других семьях. Своевременно полученная родителями информация о педагогах, которые знают, как помочь их ребенку, о специальных учебных учреждениях, где он может воспитываться, может существенно улучшить моральное состояние родителей.

Очень полезным бывает организация сопровождения такого ребенка в семье специалистами — патронажной няней, врачом, педагогом или психологом, которые бы занимались с таким ребенком определенное время, освобождая маму или других членов семьи от постоянной заботы о малыше и давая им возможность взглянуть на их собственного ребенка со стороны.

Родители, которые принимают ребенка таким, как он есть, и внимательно следят за его реакциями, радуясь любым его активным и самостоятельным действиям, как правило, добиваются больших успехов. Решающим моментом во всех известных нам случаях успешного развития слепоглухих детей являлось именно чуткое и творческое отношение родителей к ребенку, благодаря чему ребенку удавалось в семье овладеть начальным уровнем навыков и организованного поведения.

К сожалению, специальных служб помощи таким семьям у нас в стране пока не существует и родители часто остаются подолгу в полном неведении о возможностях начального и дальнейшего обучения для своего ребенка.

Между тем многолетний опыт обучения и воспитания одной из самых тяжелых категорий детей со сложным дефектом, слепоглу-

ционально различных отделов: рецепторы в различных органах чувств, проводящие нервные волокна и корковый конец анализатора в коре головного мозга. Термин введен И. П. Павловым.

**АНАМНЕЗ** — совокупность сведений от родителей или лиц, воспитывающих ребенка, о его развитии на всех этапах, включая беременность его матери и роды, и о течении его заболеваний. Сбор анамнеза является важной частью комплексного обследования ребенка.

**АПРАКСИЯ** — нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, возникающее при поражении коры головного мозга.

**АРТИКУЛЯЦИЯ** — совместная работа речевых органов, необходимая для произношения звуков речи.

**АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** — состояние, часто встречающееся при психических заболеваниях. Характеризуется общей слабостью, повышенной истощаемостью и раздражительностью. При А.С. нарушается внимание, память, ослабляется или утрачивается способность к продолжительному умственному и физическому напряжению.

**АСТИГМАТИЗМ** — нарушение оптического аппарата глаза, при котором фокусирование параллельно падающих на глаз лучей невозможно в одной точке из-за различной преломляемости их в разных отделах глаза.

**АСФИКСИЯ** — удушье; угрожающее жизни патологическое состояние, обусловленное недостатком кислорода в крови и проявляющееся комплексом тяжелых расстройств жизненно важных функций организма. У новорожденных может быть зафиксирована в виде отсутствия дыхания или как нерегулярные дыхательные движения при наличии сердечных сокращений.

**АТАКСИЯ** — нарушение моторики, проявляющееся в виде расстройства координации движений.

**АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА** — заболевание, характеризующееся нарушением связи между сетчаткой глаза и зрительными центрами. При АЗН наступают различные расстройства зрительных функций вплоть до полной слепоты.

**АУДИОГРАММА** — графическое изображение данных исследования слуха с помощью специального электроакустического прибора (аудиометра).

**АУТИЗМ** — болезненное состояние психики, характеризующееся нарушением контактов человека и уходом от реального внешнего мира. В 1943 г. Л. Каннером выделен ранний детский аутизм (РДА) как искажение психического развития ребенка, обусловленное биологической дефицитарностью его ЦНС.

**АФАЗИЯ** — нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария (у правой) и представляющее собой системное расстройство различных видов речевой деятельности.

**АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ** — расстройства эмоционально-волевой сферы человека, проявляющиеся как в виде повышенной возбудимости (раздражительность, гневливость), так и в виде снижения возбудимости (апатия, безразличие). Могут быть связаны с органическими или функциональными заболеваниями ЦНС или возникают в связи с неправильным воспитанием ребенка.

**АФФЕКТ** — нервно-психическое возбуждение. Это сильное и относительно кратковременное эмоциональное переживание, возникающее под воздействием психотравмирующих ситуаций и эмоциональных реакций различного характера. А. сопровождается побледнением или покраснением лица, сужением или расширением зрачков, дрожанием губ и конечностей. Чаще наблюдается у лиц с неустойчивой психикой.

**АХРОМАТИЧЕСКОЕ ЗРЕНИЕ** — расстройство цветового зрения у человека, характеризующееся полной потерей способности различать хроматические тона. При А.З. весь окружающий мир воспринимается в сером цвете разной яркости.

**БРОКА́ ЦЕНТР** (по имени французского антрополога и хирурга П. Брока́) — участок коры головного мозга, расположенный в задненижней части третьей лобной извилины левого полушария (у правшей), обеспечивающий моторную организацию речи. Если поражается этот отдел мозга, то возникает афазия Брока — невозможность произношения отдельных звуков речи, слогов и слов из-за дефектов объединения отдельных речевых движений в единый речевой акт.

**ВТОРИ́ЧНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ** — возникают опосредованно в процессе задержанного, искаженного или нарушенного развития ребенка. Являются основным объектом психолого-педагогического изучения и коррекции.

**ВЫГО́ТСКИЙ ЛЕВ СЕМЕНОВИЧ** (1896—1934) — основоположник специальной психологии как науки, создатель культурно-исторической концепции развития высших психических функций. Определил системное строение дефекта, раскрыл иерархию отклонений, экспериментально обосновал законы психического развития ребенка.

**ВЫ́СШАЯ НЕРВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ** (ВНД) — нейрофизиологическая деятельность коры больших полушарий головного мозга и ближайших к ней подкорковых образований, обеспечивающая формирование и функционирование системы условных рефлексов у человека и животных. Важнейшее отличие ВНД человека от ВНД животных состоит в качественном усложнении связей за счет особого раздражителя — слова.

**ВЫ́СШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУ́НКЦИИ** — это сложные формы сознательной психической деятельности человека. Они прижизненно формируются, социальны по своему происхождению, опосредованы по своему психологическому строению с помощью речевой системы и произвольны по способу осуществления.

повреждений. Включает в себя восстановление или замещение утраченных функций через использование сохранных (построение «обходного пути»), а также перестройку частично нарушенных функций.

**КОРА́ ГОЛÓВНОГО МО́ЗГА** — поверхностный слой клеток, покрывающий полушария головного мозга, образован преимущественно вертикально ориентированными нервными клетками и их отростками, пучками нервных волокон и клетками нейроглии.

**КОРРЕ́КЦИЯ НАРУШЕНИЯ** — система психолого-медико-социальных мер, направленная на исправление или преодоление недостатков психофизического развития ребенка.

**КОРРЕКЦИÓННОЕ ОБУЧЕНИЕ** — особый вид обучения, цель которого полное или частичное преодоление имеющихся у детей нарушений в развитии и обеспечивающий их потребности в личностном росте и социализации.

**КОРРЕКЦИÓННО-ВОСПИТА́ТЕЛЬНАЯ РАБОТА** — система психолого-педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление нарушений психического и физического развития детей и их адаптацию в обществе.

**ЛОКАЛИЗА́ЦИЯ ФУ́НКЦИЙ** — связь физиологических и психологических функций с работой тех или иных групп клеток в коре и подкорковых структурах головного мозга.

**МЕЖПОЛУША́РНАЯ АСИММЕТРИ́Я МОЗГА** — неравноценное, качественное различие «вклада» левого и правого полушарий мозга в каждую психическую функцию.

**МЕЖПОЛУША́РНОЕ ВЗАИМОДЕ́ЙСТВИЕ** — особый механизм объединения левого и правого полушария в единую интегративно целостную функциональную систему, формирующуюся в онтогенезе.

**МИОПИ́Я** — близорукость. Прогрессирующее нарушение зрения.

**МОТО́РИКА** — совокупность двигательных реакций, умений, навыков и сложных двигательных действий, свойственных человеку. В коррекционном плане важно выделять общую моторику, тонкую (или мелкую) ручную моторику и артикуляционную моторику.

**МУТИ́ЗМ** — нарушение речевого общения (молчание), возникающее вследствие психической травмы. Относится к группе невротических реакций и носит временный, проходящий характер.

**НЕВРО́ЗЫ** — группа заболеваний нервной системы, характеризующихся функциональными нарушениями со стороны ВНД. К ним относят неврастению, невроз страха, истерические реакции, невроз навязчивых состояний.

**НЕВРОПА́ТИЯ** — общее название разного рода расстройств нервной системы.



**НЕГАТИВИ́ЗМ ДЕ́ТСКИЙ** — немотивированное и неразумное сопротивление ребенка воздействию на него со стороны окружающих его людей. Может проявляться в упрямстве, грубости, отчужденности, замкнутости.

**НЕДОРАЗВ́ИТИЕ РЕЧИ** — качественно низкий (по сравнению с возрастной нормой) уровень сформированности той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

**НЕЙРОГЛ́ИЯ** — ткань организма, в которой располагаются нервные клетки и их отростки. Выполняет опорную и трофическую (питательную) функции.

**ОНТОГЕНЕ́З** — процесс индивидуального, прижизненного развития организма, представляющий собой совокупность взаимосвязанных анатомических, физиологических, психологических и иных изменений в организме. Онтогенез как развитие индивида сопоставляется с филогенезом как развитием вида.

**ОРТОДОНТ́ИЯ** — раздел медицины, занимающийся изучением, предупреждением и лечением деформаций зубных рядов и челюстно-лицевого скелета.

**ОРТОПЕД́ИЯ** — отрасль медицины, занимающаяся профилактикой, диагностикой и лечением деформаций и нарушений функций опорно-двигательного аппарата.

**ОСТА́ТОЧНЫЙ СЛУХ (У НЕСЛЫ́ШАЩИХ)** — сохранившаяся возможность слухового восприятия при глухоте, позволяющая непосредственно воспринимать отдельные резкие и громкие звуки окружающего мира. По объему воспринимаемых частот выделяют 4 группы неслышащих детей, имеющих остатки слуха.

**ОСТА́ТОЧНОЕ ЗРÉНИЕ** — понижение остроты зрения до 0,04, при котором ребенок различает пальцы на руке взрослого с расстояния 2 м при применении обычных средств коррекции (очки).

**ОСТРОТА́ ЗРÉНИЯ** — показатель чувствительности зрительного анализатора, отражающий способность различать две точки, как отдельные, при минимальном расстоянии между ними.

**ПАРАЛ́ИЧ** — выпадение двигательных функций с отсутствием силы мышц в результате патологических процессов в нервной системе, вызывающих нарушение структуры и функций двигательного анализатора.

**ПАРЕ́З** — ослабление двигательных функций, сопровождающееся снижением силы мышц.

**ПАТОГЕНЕ́З** — раздел патологии, изучающий взаимосвязь внутренних механизмов, лежащих в основе возникновения и развития болезненного процесса в организме.

**ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ** — нарушение, непосредственно вытекающее из биологического характера болезни (нарушение зрения или слуха при поражении анализаторов).

**ПЕРСЕВЕРАЦИЯ** — навязчивое повторение одних и тех же действий, движений, образов или мыслей.

**ПОЛИОМИЕЛИТ** — инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением ЦНС. Протекает с параличами или без них (непаралитический полиомиелит). Профилактика — живой полиомиелитной вакциной, начиная с грудного возраста.

**ПОСТНАТАЛЬНЫЙ** — период после рождения ребенка.

**ПРЕНАТАЛЬНЫЙ** — период до рождения ребенка.

**ПСИХИКА** — форма активного отображения субъектом объективной реальности в виде ощущений, представлений, мыслей, чувств и т. д. Возникает в процессе взаимодействия с окружающим миром и осуществляет в деятельности субъекта регулятивную функцию.

**ПСИХОПАТИЯ** — это группа стойких врожденных или приобретенных характерологических расстройств, при общей сохранности интеллекта, приводящих к нарушениям межличностных отношений и адаптации к изменениям окружающей среды.

**РДА (РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ)** — см. АУТИЗМ.

**РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ** — психические расстройства, возникающие в результате психических травм и не связанные с органическим поражением ЦНС.

**РЕФРАКЦИЯ ГЛАЗА** — преломляющая способность оптической системы глаза, ее сила, выраженная в диоптриях.

**СЕНЗИТИВНЫЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ** — периоды жизни ребенка, в которые наиболее интенсивно, сильно и гармонично развивается та или иная психическая функция. С этими же периодами связана и наиболее оптимальная коррекция тех дефицитарных функций, которые формируются в данный отрезок времени. Сензитивные периоды выделяются не только в развитии функций, но и в психическом развитии в целом. К основным С.П. детства относят возраст от 0 до 3 лет и от 11 до 15 лет.

**СЕНСОРНОЕ ВОСПИТАНИЕ** — совокупность педагогических приемов, направленных на развитие органов чувств, совершенствование зрительных, слуховых, осязательных и других ощущений и восприятий.

**СИНДРОМ** — определенное сочетание признаков болезни (симптомов), обусловленных единым происхождением.

**СИСТЕМНОЕ СТРОЕНИЕ ДЕФЕКТА** — по концепции Л. С. Выготского в дефекте выделяется первичное нарушение, имеющее биологичес-

кую природу, и вторичное отклонение, возникающее вследствие дефицитарного развития и являющееся основным объектом психолого-педагогического изучения и коррекции.

**СПЕЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА** — наука о воспитании и обучении детей с различными отклонениями в развитии.

**СУДОРОГИ** — произвольные сокращения отдельных или целых групп мышц, возникающие внезапно и проявляющиеся длительно или приступообразно.

**ТАКТИЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ** — один из видов кожной чувствительности. С нею связаны ощущения давления, прикосновения и частично вибрации.

**ТОКСОПЛАЗМÓЗ** — паразитарное заболевание, заражение которым может происходить от диких и домашних животных. Токсоплазма может проникать сквозь плацентарный барьер, вызывая гибель плода или приводя к грубым порокам развития — водянке мозга, расщеплению верхней губы, отсутствию или недоразвитию конечностей и другим.

**ТÓНУС** — длительное, не сопровождающееся утомлением возбуждение нервных центров и мышечной ткани. Т. мышц — это напряжение, которое обеспечивает поддержание определенной позы тела и положение его в пространстве.

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ** — это стойкое нарушение познавательной деятельности, возникающее вследствие диффузного поражения головного мозга.

**ФОНА́ЦИЯ** — голосообразование.

**ФОНЕМАТИ́ЧЕСКИЙ СЛУХ** — способность к слуховому дифференцированному восприятию звуков речи — фонем. Является основой для овладения звуковой стороной языка.

**ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИ́ЧЕСКОЕ НАРУШЕ́НИЕ (ФФН)** — психолого-педагогическое название группы речевых нарушений, характеризующихся преимущественной недостаточностью звукопроизношения. К ним относятся дислалия, ринолалия и легкие формы дизартрии.

**ЦНС (ЦЕНТРА́ЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА)** — это центральная часть нервной системы, состоящая из головного и спинного мозга, которая наряду с периферической частью, состоящей из нервов, нервных клеток, нервных узлов, ганглий и сплетений, обеспечивает связь организма с внешней средой, адекватные психические и физиологические реакции на изменения во внешней и внутренней среде, координирует и регулирует деятельность всех систем и органов организма, обуславливая их функциональное единство.

**ШИЗОФРЕ́НИЯ** — психическое заболевание с непрерывным или приступообразным течением, проявляющееся изменениями личности в виде

шизофренического дефекта (снижение психической активности, аутизм, выхолощенность эмоций, нарушение мышления при сохранении так называемых формальных способностей интеллекта — памяти, приобретенных знаний и других). Может сопровождаться бредом, галлюцинациями, аффективными нарушениями.

**ЭНЦЕФАЛИТ** — инфекционное заболевание головного мозга, возникающее вследствие проникновения в мозговую ткань болезнетворных организмов.

**ЭМПАТИЯ** — понимание эмоционального мира другого человека, сопереживание его чувствам и психологическому состоянию.

**ЭПИЛЕПСИЯ** — нервно-психическое заболевание, выражающееся в периодически повторяющихся судорожных припадках, характерных психических нарушениях (инертность мышления, повышенная раздражительность, импульсивность и др.), а в некоторых случаях — в снижении умственных способностей. Возникает у детей чаще всего вследствие воспалительных заболеваний и травматических повреждений мозга.

**ЭТИОЛОГИЯ** — учение о причинах возникновения болезней (нарушений развития).

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
<b>Глава 1. Общие вопросы специальной дошкольной педагогики .....</b>	<b>6</b>
1. Объект, предмет и задачи дошкольной коррекционной педагогике .....	6
2. Основные категории нарушений развития у детей .....	9
3. Общие и специфические особенности детей с отклонениями в развитии .....	11
<b>Глава 2. Общие требования к организации и содержанию коррекционно-педагогического процесса .....</b>	<b>14</b>
1. Специальное образование как условие присвоения ребенком общественно-исторического опыта .....	14
2. Принципы коррекционно-педагогического процесса .....	15
3. Методы изучения проблемных детей .....	17
4. Система коррекционной помощи детям с отклоняющимся развитием .....	17
5. Содержание и характер взаимодействия взрослых с детьми в различные периоды детства .....	22
6. Предметно-развивающая среда, материально-технические условия и педагогические кадры .....	24
7. Перспективные направления развития дошкольной коррекционной педагогики .....	26
<b>Глава 3. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями интеллекта (умственно отсталых) .....</b>	<b>32</b>
1. Характеристика нарушений при умственной отсталости .....	32
2. Дошкольная олигофренопедагогика как отрасль специальной дошкольной педагогики .....	35
3. Система воспитания, обучения и реабилитации детей с нарушением интеллекта (умственно отсталых) .....	37
<b>Глава 4. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с задержкой психического развития .....</b>	<b>57</b>
1. Характеристика отклонений при задержке психического развития у детей .....	57
2. Этапы оказания помощи детям с задержкой психического развития .....	59
3. Изучение причин возникновения задержки психического развития у детей .....	62
4. Классификации задержки психического развития .....	63
5. Дифференциальная диагностика задержки психического развития и сходных с ней состояний .....	67

6. Специфика образовательных потребностей детей раннего и дошкольного возраста с задержкой психического развития .....	71
7. Организационные формы помощи детям-дошкольникам с задержкой психического развития .....	76
8. Коррекционная направленность воспитания и обучения детей с задержкой психического развития .....	79
9. Организация работы с родителями .....	86
10. Интегрированное воспитание и обучение .....	90
<b>Глава 5. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями слуха .....</b>	<b>94</b>
1. Характеристика детей с нарушениями слуха .....	94
2. Задачи и принципы воспитания и обучения детей с нарушенным слухом .....	100
3. Содержание коррекционно-педагогической работы с дошкольниками с нарушениями слуха .....	104
4. Характеристика методов обследования слуха детей .....	108
5. Организация коррекционной помощи дошкольникам с нарушениями слуха .....	111
<b>Глава 6. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями зрения .....</b>	<b>125</b>
1. Характеристика нарушений зрения у детей .....	125
2. Система дошкольного воспитания детей с нарушением зрения ...	131
3. Условия воспитания и обучения детей с нарушениями зрения .....	135
4. Основные принципы коррекционной работы в детском саду для детей с нарушением зрения .....	137
5. Содержание обучения и воспитания детей с нарушением зрения в детском саду .....	140
6. Содержание специальных коррекционных занятий .....	148
7. Сенсорное воспитание как средство социальной адаптации детей с нарушением зрения .....	151
8. Взаимосвязь психолого-педагогической коррекции с лечением зрения .....	154
<b>Глава 7. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями речи .....</b>	<b>159</b>
1. Научно-методические аспекты логопедии .....	159
2. Причины речевых нарушений .....	162
3. Классификация нарушений речи .....	166
4. Система логопедической помощи .....	169
5. Задачи и принципы воспитания детей с нарушениями речи .....	176
<b>Глава 8. Воспитание и обучение детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата .....</b>	<b>183</b>
1. Общая характеристика нарушений опорно-двигательного аппарата. Детский церебральный паралич .....	183
2. Двигательные нарушения при ДЦП .....	187
3. Нарушения психики при ДЦП .....	193

4. Речевые нарушения при ДЦП	197
5. Классификация детского церебрального паралича	205
6. Коррекционная работа при ДЦП .....	210
<b>Глава 9. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями эмоционального развития (ранний детский аутизм)</b>	<b>220</b>
1. Представления об особенностях раннего развития детей с аутизмом .....	221
2. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в аффективном развитии .....	227
<b>Глава 10. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями поведения и деятельности</b> .....	<b>256</b>
1. Социальная дезориентация .....	260
2. Негативное самопредъявление .....	263
3. Семейная изоляция .....	268
4. Хроническая неуспешность .....	269
5. Уход от деятельности .....	272
6. Вербализм .....	275
<b>Глава 11. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста со сложными и множественными нарушениями</b> .....	<b>278</b>
1. Этиология сложных и множественных нарушений развития у детей .....	278
2. О классификации сложных и множественных нарушений развития у детей	283
3. Проблемы воспитания ребенка со сложными и множественными нарушениями в семье .....	287
4. Задачи специального дошкольного воспитания ребенка со сложными и множественными нарушениями	289
Краткий словарь понятий и терминов .....	300