

ББК 74.3я722
К68

УДК 376(075.32)

Федеральная целевая программа книгоиздания России

Издательская программа
«Учебники и учебные пособия
для педагогических училищ и колледжей»

Руководитель программы *З. А. Нефедова*

Авторы книги:

Б. П. Пузанов (Введение, Немного истории, гл. 1, 3, 4),
В. И. Селиверстов (гл. 2), *С. Н. Шаховская* (гл. 2, 3),
Ю. А. Костенкова (гл. 3, 4)

Коррекционная педагогика: Основы обучения и вос-К68
питания детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие
для студ. сред. пед. учеб. заведений / Б.П.Пузанов,
В.И.Селиверстов, С.Н.Шаховская, Ю.А.Костенкова; Под ред.
Б.П.Пузанова. - М.: Издательский центр «Академия»,
1998.- 144с. ISBN 5-7695-0103-0

В пособии даны общие представления об основных видах нарушений в психофизическом развитии детей дошкольного и младшего школьного возраста. Раскрываются особенности коррекционного воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии интеллекта, речи, с задержками психического развития. Показана роль государства в области защиты детей с отклонениями в развитии.

Пособие адресовано студентам средних педагогических учебных заведений и факультетов дошкольного воспитания и начальных классов педвузов.

ББК 74.3я722

ISBN 5-7695-0103-0

© Пузанов Б.П., Селиверстов В. И.,
Шаховская С.Н., Костенкова Ю. А., 1998
® Издательский центр «Академия», 1998

ВВЕДЕНИЕ

В современной общей и коррекционной педагогике утвердилось положение о необходимости раннего выявления и преодоления отклонений в развитии детей. Особую значимость приобретает проблема подготовки педагогов дошкольных и школьных учреждений к встрече с такими детьми, их правильного распознавания, своевременного выявления их трудностей и оказания им необходимой психолого-педагогической помощи. В связи с этим в последние годы в нашей стране успешно решается задача ориентированности всех педагогов в наиболее значимых дефектологических проблемах.

Долгие годы в нашей стране использовался термин «дефектология». В последние годы с развитием международных связей наблюдается тенденция к унификации общей и специальной терминологии, в связи с чем чаще используются термины «коррекционная педагогика» или «специальная психология и педагогика».

Педагоги должны иметь представление об основных видах нарушений психофизического развития ребенка, о причинах, их вызывающих, о путях их преодоления. В совокупности эти сведения составляют основы коррекционной педагогики.

Настоящее учебное пособие подготовлено с учетом программы такого курса. Его цель - помочь студентам - будущим педагогам получить основные знания по актуальным проблемам дефектологии (коррекционной педагогики). Пособие содержит теоретический и методический материал по основным разделам дефектологии, систематизированный по главам, соответствующим разделам коррекционной педагогики. Наибольшее внимание уделяется умственно отсталым детям, детям с поддержкой психического развития и с нарушениями речи. Задаются и другие аспекты коррекционной педагогики.

Через все главы проходит направленность на комплексный подход к изучению, преодолению и предупреждению у детей отклонений в развитии, что достигается совместными усилиями врачей, психологов, педагогов, дефектологов, родителей.

Особое место в пособии занимает материал по истории дефектологии и материал, отражающий достижения и проблемы специальной помощи детям с отклонениями в развитии не только в нашей стране, но и в других странах. Пособие носит интегративный характер, в нем представлены основные све-

дения из других дисциплин, связанных с коррекционной педагогикой и специальной психологией. Совокупность научных данных должна сформировать у студентов представление о коррекционной педагогике как о науке и педагогической практике, имеющей важное социальное значение.

Процессы кардинальных преобразований в современном обществе и в системе образования требуют от педагога переориентации его сознания на гуманистические ценности, адекватные творческой педагогической деятельности. Система подготовки педкадров в звене высшего и среднего специального образования предусматривает углубленное психолого-педагогическое изучение каждого ребенка для определения индивидуализированных средств воздействия в случаях имеющих у ребенка отклонений в развитии. А число таких детей, как свидетельствуют научные исследования и педагогическая практика, велико и, к сожалению, неуклонно возрастает. Педагогический профессионализм немаловажен без знания основ дефектологии, на восполнение этого аспекта педагогики и нацелено данное пособие.

Учебное пособие подготовлено коллективом авторов, каждый из которых является опытным вузовским преподавателем, известным в нашей стране и за рубежом исследователем в области дефектологии и подготовки дефектологических кадров.

НЕМНОГО ИСТОРИИ

Цель данного раздела - дать ретроспективный исторический обзор зарождения, становления и развития учения о проблемах обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии, рассмотреть состояние помощи этим детям, поиски, ошибки и открытия на этом пути, что, на наш взгляд, поможет наиболее объективно понять и оценить современные проблемы специальной педагогики.

Итак, обратимся к истории. В Древней Спарте, где много столетий создавался культ здорового тела, люди (и в первую очередь дети), имеющие ярко выраженные отклонения от нормы, просто уничтожались.

Не более гуманным было и отношение общества к людям, страдающим психическими расстройствами в средневековой Европе. Многие душевнобольные заканчивали жизнь на кострах инквизиции, будучи отнесены к «одержимым нечистой силой или злым духом».

Первый этап помощи детям с нарушениями развития был связан с детьми, имеющими наиболее выраженные отклонения от нормы, что особенно ярко проявляется при психических и интеллектуальных дефектах. Вполне естественно, что внимание врачей на заре развития психиатрии привлекали наиболее глубокие формы интеллектуальных нарушений, такие, как идиотия, так как они очень далеко отставали от «нормы».

Первые попытки гуманного отношения к душевнобольным, а также научного подхода к этим заболеваниям были предприняты французским врачом-психиатром **Филиппом Пинелем** (1745-1826). Проблемой идиотии как особого состояния, при котором «умственные способности никогда не проявлялись или же не развивались в течение жизни»¹, продолжал заниматься ученик Пинеля **Жан-Этьен-Доминик Эскироль** (1772-1840). Он ввел понятия «амения» и «деменция» для обозначения врожденного или приобретенного слабоумия, а для обозначения одной из степеней последнего - термин «умственная отсталость».

Таким образом, работа Эскироля подводит нас к одной важной мысли: люди делятся не только на две большие группы - норму и патологию, но внутри патологии наблюдается определенная неоднородность, и прежде всего, по глубине поражения.

В связи с тем, что отклонения от нормы в первую очередь проявляются в общении людей, а эта функция осуществляется через речь, то состояние речи больных (как один из симптомов) может быть основой одного из видов классификации слабоумия. Эскироль явился одним из основоположников *симптоматической классификации слабоумия*.

Впервые мысль о том, что слабоумные дети нуждаются в особых формах обучения и воспитания, высказал швейцарский педагог Песталоцци (1746-1827), однако широкой поддержки среди педагогов и врачей в то время эти идеи не получили.

Попытку обучения и воспитания глубоко умственно отсталого ребенка («Авейронского дикаря») предпринял французский психиатр Жан Итар (1775-1838). Таким образом, было положено начало *медико-педагогическому направлению* помощи детям с глубокими интеллектуальными аномалиями. Характерной особенностью этого направления является приоритет (особенно в Германии) медицинского подхода над педагогическим.

Фундаментальные открытия в области естественных наук в середине XIX в. оказали большое влияние на педагогику и психологию: на смену наблюдению и умозрительным выводам приходит *экспериментальный метод исследования*. Это обусловило два направления в понимании характера и сущности слабоумия: *анатомо-физиологическое* (Д.Бурневиль, Б.Морель, Э.Крепелин, С.С.Корсаков, В.П.Сербский, А.Н.Берштейн, Г.И.Россолимо, Г.Я.Трошин и другие) и *психолого-педагогическое* (А.Бинэ, Т.Симон, Санктис де Санктие и другие).

Наибольший вклад в анатомо-физиологическое направление в учении о слабоумии внес немецкий психиатр Э.Крепелин (1856-1926). «Он первый объединил (1915) все формы слабоумия в одну группу под общим названием «задержка психического развития» и ввел термин «олигофрения» (от греч. *oligos* — немного и *phren* — ум) для обозначения этой группы врожденных болезненных состояний (Х. С.Замский, 1996).

Бельгийский психиатр Ж.Демор (1867-1941) впервые предпринял попытку в этиологии выделить биологические и социальные (педагогические) компоненты слабоумия.

Существенный вклад в учение о слабоумии внес русский психиатр Г.Я.Трошин (1874-1938). Он четко отграничивал формы психического недоразвития от неврозов и психозов.

Французский педагог **Ж.Филипп** и врач **П.Бонкур** развивают *психолого-педагогическое направление*, выделяя тот контингент учащихся, которые не смогут справиться с общеобразовательной программой в обычных школьных условиях, т.е. детей с достаточно сильными формами умственной отсталости.

Бельгийский врач и педагог **О.Декроли** в своих подходах к проблеме помощи умственно отсталым детям пытается объединить эти два направления и создает свою (достаточно сложную) систему классификации умственной отсталости.

Таким образом, можно отметить некоторые основные тенденции в помощи аномальным детям, сложившиеся в конце XVIII-начале XX в. Это в первую очередь выделение детей с достаточно глубокой степенью умственной отсталости (идиотия, имбецильность), исследование этой проблемы врачами психиатрами, первые попытки классификации умственной отсталости и педагогической помощи детям этой категории.

Накопленный к началу XX в. опыт врачей и психологов, разнообразные подходы к проблеме, различная терминология потребовали определенной унификации на основе выделения одного ведущего признака умственного развития ребенка. Естественно, что в том случае, когда речь идет об умственной отсталости, наиболее эффективным был бы показатель интеллектуального развития ребенка, определенный достаточно объективными инструментальными методами и фиксируемый в единицах, поддающихся измерению. Эти мысли привели французского психолога **Альфреда Бинэ** (1857-1911) и врача **Тома Симона** к разработке *метода тестов*. В основу тестов Бинэ и Симона было положено состояние коммуникативной функции речи. Ученые разработали определенный набор заданий (задач, тестов - от англ. *test* - задача), которые предъявлялись ребенку вербально, и требовали от него выполнения определенных действий и вербального же ответа.

Результаты выполнения этих тестов были распределены в соответствии с возрастом нормально развивающегося ребенка. В случае отклонения от нормы (например, при нарушении интеллекта) ребенок, естественно, не мог справиться с заданием, соответствующим его физиологическому возрасту. В этом случае экспериментатор подбирал задания для более раннего функционального возраста. Соотношение «возраста» выполненных заданий к истинному физиологическому возрасту выражалось определенным числом (коэффициентом). Например, ребенок справлялся с заданием, рассчитанным на нормально развивающегося ребенка 5 лет. Физиологический воз-

раст ребенка - 6 лет, следовательно, коэффициент данного ребенка - 0,83 ($5/6 = 0,83$)

В результате огромного количества проведенных экспериментальных исследований был определен диапазон «нормы» и отклонений от нее. Так, диапазон «нормы» лежал в пределах 1,0-0,8, следовательно, этот ребенок может быть отнесен к нормально развивающимся.

Приведем другой пример. Физиологический возраст ребенка - 6 лет. В результате экспериментального исследования (тестирования) было установлено, что он справляется с заданиями, рассчитанными на 3-летний возраст. В этом случае его коэффициент составляет 0,5 и ребенок попадает в более низкий диапазон. В данном случае, естественно, встает вопрос о степени его интеллектуального развития. Так как Бинэ и Симон считали, что между уровнем интеллекта и уровнем развития коммуникативной функции речи существует жесткая корреляция (что, кстати, является достаточно справедливым и объективным особенно в раннем детском возрасте), то и коэффициент получил название «интеллектуального коэффициента» (IQ - от англ. *Intelligence Quotient*). Это название позволило исследователям разработать специальную «Метрическую шкалу умственных способностей», которая и была опубликована в работе «Новые методы диагностирования умственного уровня ненормальных» (1905).

Таким образом, Бинэ и Симона можно справедливо считать основоположниками *психометрического направления* в изучении интеллектуальной недостаточности.

Резюмируя вышесказанное, можно выделить следующие основные подходы в деле помощи детям с недостатками интеллекта и в организационных формах их реализации, сложившиеся в конце XIX - начале XX в.:

- медико-клинический - основывается на знании этиологии умственной отсталости. Рассматриваются анатомо-физиологические и генетические нарушения, приводящие к нарушениям интеллекта;

- психологический - рассматривает картину психической деятельности лиц с интеллектуальными нарушениями, состояние эмоциональной сферы и личности в целом;

- педагогический - исследует и организует педагогические принципы, методы и формы коррекции, обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта. В последние десятилетия в этом направлении складывается концепция обучения лиц более старшего (послешкольного) возраста, т.е. взрослых с различными степенями нарушения интеллекта, так называемая *олиго-*

андрогогика. Это педагогическое направление в настоящее время получило особое развитие в Бельгии и Голландии.

В России подход к проблеме изучения, обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии традиционно с конца 20-х годов нашего столетия носит комплексный *медико-психолого-педагогический* характер, корни которого несомненно походят к принципам и методам *педологии* - науки о комплексном изучении ребенка с медицинских, психологических, педагогических и социальных позиций. Причем детский, пубертатный и юношеский периоды в развитии личности рас- (матриваются как особые периоды, наиболее сензитивные к развитию различных высших психических функций.

Разгромленные с идеологических позиций 30-х годов под управлением ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г. «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» и незаслуженно забытые на многие десятилетия принципы и особенно экспериментальные методы педологии несомненно ждут своих исследователей и современной интерпретации.

Говоря об отечественной специальной школе, нельзя не подчеркнуть ее государственный характер. В первую очередь он проявлялся в государственных программах обучения и воспитания, которые отражали состояние общей педагогики в {гране, социальные и экономико-политические условия того или иного исторического периода.

В первые годы советской власти охрана детства, в том числе и проблемы, связанные с детской дефективностью и беспризорностью, стали первостепенными для ряда наркоматов: Наркомпроса, Наркомсобеса, Наркомздрава, Наркомюста, ВЧК.

В 1918г. принимается декрет Совнаркома, по которому все учреждения для аномальных детей передаются из ведения Наркомсобеса в Наркомпрос. Это решение имело не только организационный характер. Оно показало, что в деле помощи аномальным детям основной упор делается не на их изоляцию и презрительность, а на обучение и воспитание, что само по себе явилось гуманной и прогрессивной тенденцией. В этом же году в ведение Наркомпроса переходит одно из первых учебно-воспитательных учреждений России - Школа-санаторий для дефективных детей **В.П.Кашенко** (1870-1943), на базе которой был создан Дом изучения ребенка - прообраз последующих научно-исследовательских учреждений по проблемам аномального детства.

Принципы обучения и воспитания аномальных детей были сформулированы ведущими педагогами, психологами и врачами этого периода. В их числе были Д.И.Азбукин, В.М.Бех-

терев, П.П.Блонский, А.Н.Граборов, А.С.Грибоедов, В.П.Кашенко, Л. Г. Оршанский, Ф.А.Рау, Г.И.Россолимо и другие.

Основная задача специальной школы формулировалась как наиболее полная подготовка ее выпускников к самостоятельной жизни и посильному труду. Наряду с образовательными задачами решались и коррекционные, в учебный план также включались физические упражнения, рисование, пение, ручной труд.

В 1924 г. на работу в систему социально-правовой охраны несовершеннолетних приходит выдающийся ученый-психолог Л. С. Выготский (1896 -1934).

Л.С.Выготский родился 5 (17) ноября 1896 г. в небольшом белорусском городке Орша, но уже через год его семья переехала в Гомель, где и прошла юность будущего ученого.

(Закончив юридический факультет Московского университета и филологический факультет Народного университета А.П.Шанявского, Л.С.Выготский начинает самостоятельную педагогическую деятельность в Гомеле.

Но по-настоящему активная научная и организаторская деятельность Л.С.Выготского начинается в середине 20-х годов в Москве. В этот период проявляются незаурядные способности Л.С.Выготского как экспериментатора, исследователя, организатора народного образования, публициста и педагога. Он работает в Наркомпросе (возглавляет подотдел дефективного детства), в Институте психологии МГУ, читает лекции на педагогическом факультете 2-го МГУ, создает уникальное научное заведение - Экспериментальный дефектологический институт (впоследствии Научно-исследовательский институт дефектологии АПН СССР, в настоящее время - Институт коррекционной педагогики РАО) и осуществляет руководство им.

Молодой ученый приобретает известность в психологических кругах как автор ряда оригинальных публикаций, посвященных психологии искусства, глубокому критическому анализу мировой психологической науки, комментариями к русским переводам В.Релера, К.Кафки, К.Бюхера, З.Фрейда, Ж.Пиаже, Э.Торндайка и других, создает теорию культурно-исторического развития поведения и психики человека, в которой рассматривает природу деятельности и сознания человека в процессе онтогенетического развития психики. В своей фундаментальной монографии «История развития высших психических функций» (1931) Л.С.Выготский ставит и решает общую проблему психического развития ребенка в контексте соотношения биологического и социального, естественного и исторического, природного и культурного.

Огромная эрудиция в различных областях знания (от литературы до медицины), блестящий талант экспериментатора и теоретика привлекают к Л.С.Выготскому молодых ученых - впоследствии ведущих отечественных психологов. Л.И.Божович, П.Я.Гальперин, В.В.Давыдов, А.Р.Лурия, Д.Б.Эльконин - замечательные представители его школы. Сравнительно небольшой период активного научного творчества Л.С.Выготского (1924-1934) принес ему мировую славу и позволяет поставить его имя в ряд величайших ученых XX в.

Неоценим вклад Л.С.Выготского в отечественную дефектологию. Достаточно сказать, что только за 1928 г. из тридцати опубликованных и написанных работ семнадцать посвящены проблемам коррекционной педагогики.

Откроем пятый том Собрания сочинений Л.С.Выготского¹, который так и называется «Основы дефектологии», и увидим, что нет ни одного направления в современной дефектологии (коррекционной педагогике), которое не базировалось бы на фундаментальных экспериментальных и теоретических исследованиях Л.С.Выготского. Теория психического развития, которую он разработал, изучая нормально развивающегося ребенка, легла в основу исследований аномального детства. С другой стороны - фундаментальные открытия в области аномального детства в значительной степени обогатили общую психологию и педагогику.

Установление единства психологических закономерностей развития ребенка в норме и патологии позволили Л.С.Выготскому обосновать общую теорию развития личности аномального ребенка. Во всех работах Л.С.Выготского в области коррекционной педагогики проводилась идея социальной обусловленности специфически человеческих высших психических функций.

Одним из важнейших достижений Л.С.Выготского-теоретика является анализ соотношения процессов развития и обучения в детском возрасте, как в норме, так и при патологии, в раскрытии сложных динамических соотношений между ними, в доказательстве ведущей, стимулирующей роли обучения.

Учения Л.С.Выготского о компенсаторных возможностях человеческого (в частности, детского) организма, о сложной структуре дефекта, о динамическом взаимодействии биологического и социального в нем, о зонах актуального и ближайшего развития и другие намного лет вперед определили пути

развития отечественной психологии, легли в основу развития целых психологических школ как в нашей стране, так и за рубежом.

Знаменательным этапом в истории становления вспомогательной школы стал состоявшийся в 1924 г. II съезд социально-правовой охраны несовершеннолетних (СПОН), положивший начало научному подходу к проблеме аномального детства. На съезде были подведены итоги работы по первым государственным учебным программам ГУСа¹.

В 1926 г. после Постановления Совнаркома РСФСР «Об учреждениях для глухонемых, слепых и умственно отсталых детей и подростков» впервые организационно оформляются следующие типы специальных учебных учреждений:

- детские дома для аномальных дошкольников;
- школы с интернатами и без них для детей школьного возраста;
- школы с интернатами и без них с профессионально-техническим уклоном для подростков;
- школы с интернатами и без них для детей смешанного возраста;
- вспомогательные группы для детей и подростков при общих общеобразовательных школах.

Срок обучения в специальных школах устанавливался в 5 лет, а содержание образования было ориентировано на школу I ступени (начальную школу) и реализовывалось через специальные комплексные программы (1928 г.).

Таким образом, к началу 30-х годов специальные школы как по содержанию образования, так и организационно выделились в особый тип специальных учебных учреждений и прочно вошли в общую систему народного образования страны, решая вместе с ней одни задачи.

Глава 1

ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ И ИХ ПРИЧИНЫ

1.1. ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ, ИХ ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ

Как свидетельствует мировой и отечественный опыт, число детей с отклонениями в развитии велико и неуклонно возрастает. Этому есть ряд причин: дестабилизация общества и отдельных семей, отсутствие в ряде случаев нормальных гигиенических, экономических, экологических условий для будущих матерей и детей разных возрастных групп. У многих детей возникают психическая, познавательная депривация, недостаточность удовлетворения сенсорных и эмоциональных контактов и потребностей. Эти и многие другие патологические факторы приводят к различным заболеваниям и отклонениям в развитии.

Понятие «аномалия развития» входит в круг понятий, объединяемых термином «дизонтогенез», которым обозначают различные формы нарушений онтогенеза, т. е. развития индивида в отличие от развития вида (филогенез). Многочисленными психолого-педагогическими исследованиями доказано, что ранняя диагностика и коррекция отклонений психомоторного развития детей являются главными условиями их эффективного обучения и воспитания, предупреждения у них более тяжелых нарушений (вплоть до инвалидности) и социальной депривации.

На начальных этапах развития проблемного ребенка главным препятствием к его обучению и воспитанию является первичный дефект. При отсутствии коррекционного воздействия в дальнейшем ведущее значение начинают приобретать вторичные наслоения (отклонения), и именно они мешают социальной адаптации ребенка. Возникают педагогическая шпущенность, расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения, что обусловлено эмоционально-личностными особенностями на фоне дефицита общения, комфортности и ощущениями неуспеха.

В настоящее время единых принципов классификации нарушений в развитии не существует. Некоторые исследова-

тели выделяют следующие группы детей с отклонениями в развитии:

- 1) дети с сенсорной неполноценностью (с нарушениями слуха, зрения, речи, функций опорно-двигательного аппарата и сенсомоторики);
- 2) дети с задержкой психического развития;
- 3) дети с астеническим или реактивным состоянием и конфликтными переживаниями;
- 4) дети с психопатоподобными (психопатическими) формами поведения (эмоциональные нарушения поведения);
- 5) умственно отсталые дети (олигофрены в степени дебильности, имбецильности, идиотии);
- 6) дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, истерия и др.).

Эта классификация детей с отклонениями в развитии представлена в работе М.А.Власовой и М.С.Певзнер «Учителю о детях с отклонениями в развитии» (М., 1967).

Возможно и другое подразделение на группы:

- 1) дети с отклонениями развития в связи с органическими нарушениями;
- 2) в связи с функциональной незрелостью;
- 3) дети с отклонениями в развитии на почве психических деприваций (См.: Усанова О.Н. Дети с проблемами психического развития. - М., 1995).

В монографии В.А.Лапшина и Б.П.Пузанова «Основы дефектологии» (М., 1990) приводится следующая классификация детей с нарушениями развития:

- 1) дети с сенсорными нарушениями (нарушения слуха и зрения);
- 2) дети с интеллектуальными нарушениями (умственно отсталые и дети с задержкой психического развития);
- 3) дети с нарушениями речи;
- 4) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 5) дети с комплексными (комбинированными) дефектами развития;
- 6) дети с искаженным (или дисгармоничным) развитием.

Психомоторное развитие ребенка - сложный диалектический процесс, в нем отмечаются последовательность и неравномерность формирования отдельных психических процессов и функций. На каждой из усложняющихся стадий развития выявляется ее связь с предшествующей и последующими стадиями, каждый возрастной этап характеризуется качественным своеобразием, отличающим его от других этапов.

Нарушения развития детей могут быть вызваны разными факторами. Неблагоприятное воздействие в период внутриутробного развития называется *пренатальным*, в период родовой деятельности *материнским*, а после рождения - *постнатальным* воздействием. Соответственно называются и нарушения. Сочетание внутриутробной и природовой патологии называется перинатальным повреждением (например, перинатальная энцефалопатия).

Вызвать отклонения в развитии могут различные патологические факторы, действующие во *внутриутробный период*: генетические отклонения, отягощенная наследственность, хронические заболевания родителей; злоупотребление родителями алкоголем, наркотиками, курением; физические и психические травмы женщины в период беременности; инфекционные, вирусные заболевания, токсоплазмоз; конфликт по резус-фактору; нефропатия - недостаточность деятельности почек, токсикозы и интоксикация (отравления); внешнесредовые факторы - неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности у родителей до рождения ребенка и многие другие неблагоприятные факторы.

Другая группа причин - патология *родовой деятельности*: быстрые, стремительные роды, длительные роды со стимуляцией, использование щипцов, обвитие ребенка пуповиной, что приводит к рождению в асфиксии (удушьи), неквалифицированное оказание акушерской помощи и другие природовые травмы.

Нарушения развития ребенка могут быть вызваны и различными *прижизненными факторами*: опухоли мозга (менингиома), нейроинфекции (менингиты и энцефалиты), инфекционные болезни с осложнением на мозг, открытые и закрытые травмы черепа, сотрясения мозга, контузии и т.д.

В ряде случаев отмечается действие не одного какого-либо патологического фактора, а их сочетание - *полиэтиология*. Проявляется наследственная отягощенность: через специальные структуры половых клеток родителей - хромосомы - передается информация о признаках отклонений (аномалий) развития. Хромосомные нарушения (абберации) приводят к умственной отсталости ребенка, нарушениям слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата и т.д. По данным современной науки, на 1000 новорожденных приходится 5-7 детей с хромосомными аномалиями.

Нарушения психомоторного развития ребенка могут иметь место при нарушениях питания и сна детей, при длительных соматических заболеваниях, вызывающих истоще-

ние ребенка и поражение центральной нервной системы. Вероятность возникновения отклонений в развитии повышается у недоношенных детей, родившихся раньше срока или с малым весом тела.

Нарушения развития, связанные с органическим поражением центральной нервной системы, называются *органическими нарушениями*.

Дефекты развития могут быть вызваны функциональными, а не органическими причинами, тогда говорят о *дефицитарном развитии*. В их числе: социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация (недостаточность эмоционально положительного контакта ребенка со взрослым), двуязычие (или многоязычие) в семье, нарушения речи окружающих, ограниченность речевых контактов ребенка и др.

Установлено, что благополучное развитие ребенка бывает только в случаях равновесия между внутренними и внешними условиями формирования организма. По словам И.П.Павлова, болезнь возникает там и тогда, когда нарушается равновесие внутренних и внешних условий жизни организма, когда на неблагоприятное воздействие окружающей среды ребенок не может дать соответствующую ответную реакцию, не может приспособиться к этому воздействию. Функциональные нарушения обычно являются более легкими по сравнению с органическими, и при устранении неблагоприятных факторов развитие интенсифицируется, а при проведении специальной коррекционной работы ребенок может догнать в развитии сверстников. Функциональные нарушения обратимы и при своевременно проведенных коррекционных мероприятиях обычно проходят бесследно.

Л.С.Выготский выдвинул тезис об общности закономерностей развития нормального и аномального ребенка, что было подтверждено рядом более поздних исследований. И в норме, и при патологии психическое развитие имеет поступательный, поэтапный характер. Каждый этап завершается формированием новых, более совершенных по сравнению с предыдущими качеств, что является основой для будущего скачка в развитии. Свойства психики формируются на основе чередования эволюции признаков с революционным, скачкообразным формированием новых качеств. Динамика развития нормального и аномального ребенка подчинена единым общим закономерностям, при этом каждый вид аномального развития характеризуется своими специфическими особенностями. Дети с отклонениями по всем параметрам отличаются * от детей с нормальным развитием.

Каждый вид аномального развития характеризуется системным проявлением, в котором выделяются первичные и вторичные отклонения.

При разных видах отклонений в развитии доминирующим является нарушение речевого общения, когда у ребенка нарушена способность к приему и переработке информации. Это общая закономерность для всех аномальных детей. При анализе конкретного вида нарушенного развития важно учитывать общие для нормального и аномального развития закономерности и тенденции, общие для всей группы проявления нарушений, а также индивидуальные характерологические особенности каждого ребенка. Одна категория аномальных проявлений отличается от другой по ряду диагностических и прогностически значимых показателей.

Важной закономерностью психического развития аномальных детей являются трудности их социальной адаптации, (атруднения во взаимоотношениях и взаимодействиях с социальной средой).

Воспитание детей с отклонениями в развитии отличается своеобразием, которое проявляется в коррекционной направленности, в неразрывной связи коррекционного воздействия с формированием практических навыков и умений. Особенности воспитания конкретного ребенка зависят от характера имеющегося у него дефекта, от степени выраженности нарушений отдельных психических процессов и функций, от возрастных и компенсаторных возможностей ребенка, от характера медико-педагогического воздействия, от условий жизни и воспитания ребенка и ряда других факторов. Одни дети нуждаются только в психолого-педагогическом воздействии, другим требуется и серьезная лечебно-оздоровительная помощь. Все это подчеркивает необходимость ранней диагностической и коррекционной работы, ибо раннее выявление нарушений - залог эффективности их преодоления.

Нарушения развития у детей многоплановы и многоаспектны. Они выражаются в интеллектуальной, двигательной, речевой или сенсорной неполноценности. Отклонения в развитии бывают разных форм и разной степени выраженности. Часто они становятся заметными, и если своевременно не приняты необходимые лечебно-оздоровительные и педагогические меры, могут возникнуть вторичные отклонения в структуре дефекта. Поэтому очень важно своевременно обнаружить отклонение в развитии и оказать ребенку необходимую помощь. Родители и воспитатели не всегда могут адекватно оценить состояние ребенка, обнаружить имеющиеся у

него проблемы и отклонения в развитии, поэтому педагогам общеобразовательных учреждений необходимо иметь определенный запас сведений по специальной психологии и коррекционной педагогике и владеть навыками коррекционно-воспитательного воздействия.

Организм ребенка, его здоровье, личностные особенности рассматриваются современной наукой системно, целостно, многоаспектно.

Педагог должен иметь четкое представление о закономерностях формирования индивида, личности, при этом важно абстрагироваться от частных и деталей. У педагога должно быть сформировано системное представление, системное мышление и в целом системная парадигма в изучении, обучении и воспитании ребенка, в том числе и ребенка с отклонениями в развитии.

Современный подход к коррекции и компенсации отклонений в развитии может быть охарактеризован как комплексный и личностно-ориентированный, т.е. при оценке состояния ребенка должны учитываться данные разных специалистов, характеризующие разные стороны психического и физического состояния ребенка, и оказываемая ребенку помощь должна быть многоплановой. При этом учитываются индивидуально-личностные особенности каждого ребенка, т.е. коррекционно-воспитательное воздействие не может и не должно быть стандартизированным.

1.2. ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Основные закономерности развития нормального и аномального ребенка одинаковы. Диагностика отклонений в развитии всегда должна носить комплексный, многоплановый, системный характер. Делать заключение о психическом развитии ребенка на основании какого-то единичного проявления (показателя, симптома) было бы ошибочным. Структура имеющегося у ребенка дефекта может быть выявлена и правильно диагностирована только при участии в обследовании ребенка специалистов разного профиля: врача, психолога, дефектолога, логопеда. Такой подход к изучению ребенка позволяет правильно ценить весь симптомокомплекс имеющихся у него отклонений в развитии, дать адекватную оценку клинических, психологических, педагогических и других особенностей его развития. Важное значение в диагностике ано-

мального развития придается системному асп. ч
иыших психических процессов и функций ребенк^
разумеает комплексный системный учет данных нейре».
логического, неврологического и психолого-педагогическо.
обследования ребенка.

Большую помощь в диагностике, лечении и воспитании детей с отклонениями в развитии оказывают психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК), созданные вместо медико-педагогических комиссий (МПК). В составе ПМПК работают: заведующий, социальный работник образования, психолог, врач-невропатолог, врач-психиатр; дефектологи: олигофренопедагог, сурдопедагог, логопед, тифлопедагог; медицинская сестра. Эти учреждения призваны решать многоплановые задачи: разрабатывать и осуществлять медико-психолого-педагогическую помощь населению с целью предупреждения отклонений в физическом и психическом развитии детей, своевременно выявлять и комплексно обследовать детей раннего, дошкольного и школьного возраста, выявляя нарушения физического, интеллектуального и эмоционального развития с целью оказания им лечебно-педагогической коррекционной помощи; помогать населению в предупреждении возможных отклонений в психическом и физическом развитии детей; обследовать детей старшего дошкольного возраста с целью выявления их готовности к школьному обучению и определять формы их обучения, разрабатывать индивидуальные рекомендации по лечению, обучению и воспитанию детей; оказывать консультативную помощь родителям, методическую помощь педагогам.

При необходимости ПМПК пересматривают ранее установленные детям диагнозы (заключения), для чего ребенок направляется на дополнительное обследование в медицинское (лечебное) или научно-исследовательское учреждение.

На ПМПК возложена ответственность за выявление и учет всех детей с отклонениями в развитии. От ПМПК могут поступать предложения по дальнейшему развитию (или реорганизации) системы специализированной помощи в регионе. Такие широкие полномочия ПМПК дают основание полагать, что коррекционная педагогика и специальная психология выходят на качественно новый уровень развития теории и практики.

Отбор детей в специальное учреждение и комплектование групп (классов) также проводятся специалистами ПМПК районного уровня и в самом учреждении. При этом специалисты руководствуются следующими принципами: *отграничение детей с определенным видом патологии от других групп детей.*

Для каждого типа специального учреждения предусмотрены свои особые правила приема. Например, в детский сад для детей с речевыми нарушениями принимаются дети с первично сохранным интеллектом и с нормальным слухом, имеющие только нарушение речи в виде фонетико-фонематического или общего недоразвития речи и в виде заикания.

Следующий принцип отбора - *дифференцированное обучение по степени тяжести имеющегося отклонения в развитии* (например, глухие и слабослышащие, слепые и слабовидящие).

Третий принцип - *возрастной*, например, в детский сад для детей с тяжелыми нарушениями речи принимаются дети в возрасте от 2 до 7 лет. В каждую группу зачисляются дети определенного возраста. В старшую группу - от 5 до 6 лет, в подготовительную к школе группу - от 6 до 7 лет.

В каждом специальном образовательном учреждении работает врач, который помогает точнее определить ребенка, назначает и проводит соответствующее лечение, обеспечивает реализацию специального режима детского учреждения. Ребенок получает необходимую медицинскую терапию в течение всего срока его обучения в специальном образовательном учреждении.

Обследование - важный этап системы специальной помощи ребенку с отклонениями в развитии. Проводиться оно должно *комплексно*, различными специалистами. К сожалению, существующая практика обследования и консультирования свидетельствует иногда об автономности диагностической деятельности специалистов. О комплексной диагностике говорится во всех нормативных и методических материалах, но на практике это требование не всегда в полной мере реализуется, а отсутствие комплексного структурного анализа состояния ребенка не может не сказываться негативно на эффективности дальнейшего коррекционного воздействия.

Медицинская диагностика отклонений в развитии у детей включает осмотр ребенка, сбор и анализ анамнестических сведений (желательно, чтобы их давала мать ребенка), оценку соматического, неврологического и психического состояния ребенка. Основное внимание обращается на состояние эмоционального, интеллектуального, психического и речевого развития ребенка. В ряде случаев данные врача дополняются лабораторными исследованиями (рентгенография черепа, энцефалограмма, компьютерная томография и другие исследования).

Общий осмотр ребенка позволяет сделать заключение о строении черепно-лицевого скелета, о пропорциональности и

особенностях лица, конечностей, тела и др. Уточняется состояние сенсорного развития - слуха, зрения.

Различают субъективные и объективные данные о ребенке. Последними считаются сведения, полученные при обследовании ребенка соответствующим специалистом: оториноларингологом и офтальмологом с использованием аппаратуры. Иногда врач по определенным симптомам устанавливает наличие у ребенка врожденной наследственной неполноценности: узкий сдавленный с боков лоб, микро- или макроцефалия (гидроцефалия), типичная внешность ребенка с синдромом Дауна, отставание в росте в сочетании с аномальным строением лица и др. Среди дефектов зрительной системы наиболее показательными являются нистагм (толчкообразные движения глазных яблок при боковых (крайних) отведениях глаз, при слежении за движущимся предметом), косоглазие, амблиопия, нарушение-рефракции глаза и др.

Оценка нервной системы выявляет параличи и парезы (частичные параличи), судорожные симптомы (гиперкинез, тремор, тик и т.д.). Выявляется также наличие пороков в строении артикуляционного аппарата: укороченная подъязычная связка, узкое готическое нёбо, расщелины губы, твердого и мягкого нёба, субмукозная щель (подслизистая расщелина в твердом нёбе), выявляется при пальпации, при произнесении резкого громкого (на твердой атаке) звука А - это субъективная оценка, объективная картина может быть получена только на рентгеновском снимке. Описывается состояние зубного ряда и прикуса.

В ходе медико-психолого-педагогического обследования определяются и основные аспекты коррекционного воздействия на ребенка.

Для анализа и интерпретации характера деятельности ребенка большое значение имеет каждый этап: как ребенок ставит цель, программирует (планирует) предстоящую деятельность, как принимает и осмысливает стоящую перед ним задачу, как ориентируется в задании, как организует операционный уровень деятельности (выбор путей, исполнительский поиск операций по выполнению задания, решение мыслительной задачи, нахождение результата и его сличение, сопоставление с намеченной целью, разные виды контроля: текущий, завершающий - по следам выполненной работы, планирующий).

Обследование начинается с *изучения речевых функций, с психологической базы*. Именно состояние психических процессов и функций в первую очередь важно для квалификации имеющегося отклонения в развитии ребенка, равно как и при

коррекционной работе обеспечивается упреждающее их развитие до коррекции языковых и речевых систем. При обследовании важно определить, какое звено или какие звенья в структуре деятельности ребенка не сформированы или нарушены, затруднены, чтобы далее строить изучение ребенка и коррекционное воздействие на него на выявленном актуальном уровне развития и в зоне ближайшего развития. Учитывается не только то, что ребенок знает и умеет, но и чему его можно научить, чем он может овладеть, что в состоянии узнать и сделать.

При обследовании психических функций ребенка обращается внимание на *условия его жизни и воспитания*, на *характер общения*. Исследование психических функций всегда предусматривает возрастные особенности развития психики ребенка, ибо каждый возрастной этап развития характеризуется своими особенностями. Оценивается состояние внимания, восприятия, памяти, интеллекта, эмоциональных реакций, регуляции произвольной деятельности ребенка.

Проводится диагностическое наблюдение за *игрой ребенка*, за его поведением в различных ситуациях. Используется беседа с ребенком и со взрослым о ребенке, проводится обучающий эксперимент.

Обращается внимание на то, как ребенок понимает *обращенную к нему речь*, как общается сам (речью или с использованием паралингвистических средств общения — мимики, жестов, интонации). В соответствии с возрастными показателями учитывается, как ребенок произносит простые и многосложные слова, правильно ли строит простую и усложненную фразу, понимает ли усложненный текст (текст со скрытым смыслом), может ли сам дать развернутое сообщение, соблюдает ли в речи грамматические связи.

Оценивая *общение ребенка*, обращается внимание на его *активность*: может ли ребенок поддерживать речевой контакт, является ли инициатором общения, как отвечает на вопросы, задает ли их сам, знает ли стихи, песни и т.д. Оценивается *конструктивная деятельность ребенка*: может ли сложить узор или сделать постройку из элементов, действует сам или по подражанию, использует ли помощь в работе, справляется ли с разрезными картинками, проявляет ли ребенок познавательный интерес, может ли удерживать внимание, концентрировать его, распределять, переключать, продуктивна ли деятельность ребенка. Эти и ряд других показателей являются информативными для оценки психического и речевого развития ребенка. По каждому разделу обследования в специальной психолого-педагогической литературе приведено боль-

шое количество экспериментальных заданий с возрастными эталонами их выполнения и с оценочным анализом возникающих у ребенка затруднений.

При обследовании ребенка используется наглядность разного вида: предметные, фразовые, сюжетные, серийные, парные и другие картинки, материал окружающей обстановки. Используются разные виды игр, так как игра и картинки (наглядность) обеспечивают положительный эмоциональный фон, а значит, и результативность обследования, делая более показательными все реакции ребенка. Методы и приемы выявления отклонения в развитии ребенка подбираются в соответствии с возрастом и с учетом предполагаемого у ребенка дефекта. Например, ребенку с нарушением речи разрешают давать жестовый ответ на вопрос, слабослышащему ребенку вопросы задают более громким голосом, ребенку с предполагаемым нарушением восприятия, понимания предлагаются задания не в словесной (вербальной), а в иной (например, жестово-мимической) форме. Характер ответных реакций ребенка на предлагаемые ему ситуации и задания не должен влиять на общую оценку умственного развития ребенка.

Особо затруднено обследование непонимающих и неговорящих детей, детей с нарушенным поведением, со сниженным уровнем мотивации, с повышенной психической истощаемостью (утомляемостью). Наиболее трудны для диагностики близкие по внешнему проявлению состояния, которые являются принципиально различными нарушениями. При внешне сходных проявлениях нарушения могут оказаться разными по структуре, механизмам, по причинам, их вызвавшим, и по прогнозу лечебно-оздоровительного и психолого-педагогического воздействия. На основе комплексной диагностики удастся отграничить разные формы отклонений в развитии ребенка и определить характер необходимого воздействия.

Важно учитывать, что диагноз - не ярлык, который приклеивается ребенку с момента обследования на всю дальнейшую жизнь: ребенок растет, развивается, его нарушение сглаживается, а иногда усиливается, вызывая вторичные проявления. При комбинированной (комплексной) неполноценности в разные возрастные периоды на первый план выходят то одни, то другие показатели. В ряде случаев диагноз ставится предположительно, а окончательное заключение делается только в ходе динамического наблюдения при диагностическом обучении.

Изучение ребенка в процессе его обучения и воспитания существенно отличается от обследования в условиях психо-

лого-медико-педагогических комиссий, консультаций, однако вне зависимости от условий обследования должна быть обеспечена *согласованность, совместность действий разных специалистов*. Педагог в ходе динамического наблюдения прослеживает поступательный ход развития ребенка, формирования его познавательной деятельности и психических процессов в целом, он может сравнить динамику личностного развития ребенка с возрастной нормой, соотнести с методами обучения и с требованиями программы коррекционной работы.

Учет возрастных и личностных особенностей ребенка совместными усилиями педагогов и психологов позволяет не только выявить имеющиеся у ребенка проблемы, затруднения, дефекты, но и оценить сохранные стороны личности, потенциальные возможности ребенка и опираться именно на них при отборе содержания и форм воспитания и обучения. Подходить к каждому ребенку с оптимистической гипотезой - важное условие сотрудничества специалистов при изучении, обучении и воспитании ребенка. Психолого-педагогическая поддержка, психотерапевтический подход дают ребенку возможность реализовать себя и активизироваться для решения поставленных перед ним задач.

Обследование ребенка не может и не должно быть стандартизировано. Его индивидуальная направленность проявляется в отборе заданий, упражнений, видов предлагаемой ребенку работы, языкового и дидактического материала. Индивидуальная направленность проявляется в виде и степени оказываемой ребенку помощи при организации его деятельности и контроле за ней.

Усиление гуманистической направленности при изучении, обучении и воспитании детей, переориентация педагогического процесса на максимальный учет индивидуально-творческих способностей, на создание каждому ребенку условий для его самореализации и развития делают необходимым и дальнейшее совершенствование обследования, в первую очередь - это развитие экспресс-диагностики и усиление роли технических средств при обследовании ребенка с отклонениями в развитии (разработка и внедрение ТСО).

Вторичные нарушения затрагивают в первую очередь те психические функции, которые наиболее интенсивно развиваются в раннем и дошкольном возрасте: речь, тонкая дифференцированная моторика (артикуляционная и пальцев рук), пространственные и временные представления, произвольная регуляция деятельности и др.

Контрольные вопросы

1. Какие причины вызывают возрастание числа детей с отклонениями в развитии?
2. Приведите примеры первичных отклонений и вторичных на слоений в структуре дефекта при аномальном развитии.
3. Какие виды нарушений развития встречаются у детей?
4. Назовите основные причины нарушений развития ребенка.
5. Раскройте социальное значение дефектологии (коррекционной педагогики).
6. Охарактеризуйте связь специальной психологии и коррекционной педагогики.
7. В чем суть системного, комплексного подхода к изучению, обучению и воспитанию ребенка с отклонениями в развитии?
8. Объясните, почему педагоги дошкольных и школьных учреждений должны знать основы коррекционной педагогики.
9. Охарактеризуйте принципы и приемы изучения (обследования) ребенка.
10. Раскройте задачи и содержание работы психолого-медико-педагогических консультаций.
11. Какие концепции (положения) Л.С.Выготского особенно значимы для коррекционной педагогики?

Глава 2

ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

2.1. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

Разрабатываются приемы и методы экспресс-диагностики, направленной на определение актуальных возможностей ребенка, а также и в прогностическом плане - на определение зоны его ближайшего развития (важно определить не только то, что ребенок знает и умеет, но и чем он может овладеть при оказании ему соответствующей помощи).

Накоплен опыт психодиагностической, психокоррекционной и комплексной коррекционно-воспитательной работы с детьми, их семьями, разработаны и продолжают совершенствоваться медико-психологические и социально-педагогические меры помощи. Основу этой помощи составляют современные тенденции к гуманизации, демократизации воспитания, повышению внимания к детям с отклонениями в развитии и поведении, к изучению особенностей и возможностей человека.

При изучении и воспитании детей дошкольного возраста интегрируются данные разных научных дисциплин: общей и специальной психологии и педагогики, невропатологии и психопатологии, отоларингологии и офтальмологии, лингвистики и диалектологии и т.д.

Развитие коррекционной педагогики и специальной психологии неизбежно приводит к поиску новых, более эффективных методов коррекционно-педагогического воздействия

на детей с различными видами отклонений в развитии. В связи с развитием *психолингвистики* эти поиски стали не только интенсивнее, но и результативнее. Психолингвистические исследования вызвали переворот в коррекционной педагогике и в первую очередь в логопедии, помогли уточнить ее категориально-терминологический аппарат, сформулировать общие закономерности изучения нарушений речи и интеллекта и выработать систему психолого-педагогического воздействия, адекватную природе дефекта. Исследования вскрыли психолингвистическую характеристику овладения ребенком речью, процессом порождения речевого высказывания.

В настоящее время достигнуты значительные успехи в развитии разных отраслей дошкольной коррекционной педагогики и специальной психологии. Многочисленные работы посвящены детям с нарушениями интеллекта, зрения, слуха, речи, эмоционально-волевой, двигательной сферы и т.д. Накоплено значительное количество фактов, характеризующих специфические особенности детей с разными отклонениями в развитии, и обилие методического материала по каждому разделу дошкольного коррекционного воспитания и обучения. Детально изучены и продолжают исследоваться структура и механизм отклонений в развитии, разработаны пути воздействия, адекватные имеющемуся у ребенка дефекту.

Установлено строение разных форм психической деятельности, определен системный характер строения высших психических функций на разных этапах онтогенеза, выявлен состав разных звеньев этой системы и степени ее пластичности у ребенка, определены пути и средства коррекции и компенсации отклонений в развитии ребенка.

Сформировались различные аспекты уровневого подхода к анализу нарушений речи и других отклонений в развитии, в том числе - деятельностно-процессуальный и симптомологический. Основываясь на этих подходах, речь ребенка рассматривается как специфическая, иерархически организованная деятельность. Выделяются разные уровни порождения речевого высказывания: мотивационный, смысловой, языковой и сенсомоторный. При разных видах нарушений развития у детей отмечается несформированность одного или нескольких из названных уровней. Как всякая другая деятельность, речь характеризуется мотивированностью, целенаправленностью, определенной структурой.

В системе (или структуре) порождения речевого высказывания могут нарушаться один или несколько звеньев, а иногда несформированными оказываются все звенья этой системы.

Соответственно коррекционная работа направляется на формирование отсутствующего компонента.

Для порождения речевого высказывания необходимо, чтобы у ребенка был мотив к высказыванию, замысел речи, чтобы было предвосхищение конечного результата речевого действия, планирование (то есть программирование) высказывания, отбор и выбор лексики (причем отбор тематический - вскрывает пласт лексики, связанной с определенной темой, а выбор семантический - как сказать точнее и правильнее), затем грамматическое структурирование и, наконец, реализация высказывания (проговариваются слова, предложения) и контроль за речевым действием. Таким образом, при порождении речевого высказывания имеют место языковые операции (речемыслительная деятельность) и речевые действия. При разных нарушениях отмечается недостаточность того или другого компонента либо того и другого одновременно.

Недоразвитие речи отрицательно влияет на общее психическое развитие ребенка, затрудняет его общение с окружающими. Речевые нарушения отмечаются практически при всех видах отклонений в развитии детей: при умственной отсталости, при задержках психического развития, при детском церебральном параличе, при нарушениях слуха, зрения. Однако в каждом из названных случаев нарушения речевой деятельности имеют своеобразный характер и специфическую структуру. В каждом случае требуется особая система коррекционно-воспитательного воздействия. Каждый из видов нарушений развития глубоко проанализирован в специальной литературе (Е.М.Мастюкова, В.Г.Петрова, Л.С.Волкова, М.В.Ипполитова, С.Г.Шевченко, Р.И.Лалаева и многие другие).

Специалисты в психолого-медико-педагогических консультациях (ПМПК) и работники детских дошкольных учреждений должны быть достаточно ориентированы в вопросах дифференциальной диагностики разного рода нарушений развития ребенка, иметь представление о современных методах их лечения и психолого-педагогической коррекции.

Одни нарушения носят центральный характер, другие - периферический. В одних случаях нарушается речевое либо интеллектуальное развитие, в других выявляется сенсорный дефект (нарушения слуха, зрения и т.д.), иногда нарушения касаются двигательной сферы. Одни нарушения (юнее легкие, другие носят тяжелый органический характер. Н последнее время чаще встречаются не тяжелые, а СЛ!1()() выраженные (или, как их еще называют, парциальные, частичные) нарушения, но в их комбинозе (сочетании), что делает

затруднительным их выявление, оценку и организацию коррекционного воздействия.

Комплексное психолого-педагогическое коррекционное воздействие на детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии осуществляется на основе ряда методолого-методических принципов. Это принципы *системности, последовательности* в работе, *дифференцированного и индивидуального подхода к ребенку*, принцип *доступности* и др. Одним из первоочередных и наиболее важных является *онтогенетический* принцип, который подразумевает учет возрастных, психофизических особенностей детей, характера имеющегося у них нарушения. Этот принцип ориентирует коррекционное воздействие на устранение или сглаживание, коррекцию или компенсацию нарушений интеллектуального, речевого, сенсорного, двигательного и эмоционального дефекта, на создание полноценной основы для последующего саморазвития личности, которое возможно только при сформированности ключевых звеньев развития.

Пластичность коры головного мозга обуславливает развитие ребенка даже в тяжелых патологических условиях. В работе важно определять наиболее сохранные звенья в речеслуховой, речедвигательной, зрительной, двигательной системах и опираться именно на них.

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

Принципы и приемы психолого-педагогического воздействия в преодолении отклонений в развитии ребенка опираются на учет сензитивных (наиболее чувствительных) периодов развития каждой психической функции и разных видов деятельности ребенка.

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

Встречаются случаи, когда ребенок с нарушением слуха или зрения, своевременно получивший коррекционное воздействие, в дальнейшем интеллектуально развивается нормально. В то же время есть дети, у которых нарушение слуха или зрения, а следовательно и речи, протекает на фоне *умственной отсталости*. Иногда дефекты слуха или зрения у ребенка сочетаются с *нарушениями опорно-двигательного аппарата, с различными соматическими и нервно-психическими нарушениями*.

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

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

Нарушение зрения сказывается на взаимодействии необходимых для правильного развития речи *анализаторных систем*: слуховой, двигательной и тактильной. У детей отмечается замедление темпа психического, в том числе и речевого развития. У такого ребенка значительно сужены возможности общения, взаимодействия с окружающим миром; он нуждается в помощи взрослого при организации предметной и игровой деятельности. Его информативные связи сужены, ребенок не может нормально общаться с окружающими.

У детей с глубокими, тяжелыми нарушениями зрения отмечаются *системные нарушения речи* (несформированность фонетико-фонематической и лексико-грамматических сторон).

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

У детей дошкольного возраста часто встречаются нарушения в развитии речи. В этой группе нарушений отмечаются

• *Иклонения в развитии звуковой стороны речи.* Есть дети, у которых полностью не сформирована система фонем (звуков родного языка): они пропускают, искажают, заменяют разное количество звуков всех фонетических групп. В основе этого могут лежать дефекты строения артикуляционного аппарата, мышечные его подвижности, деятельности, нарушения фонематического восприятия (ребенок не слышит звуков речи в их последовательности в словах - какой звук первый, последний и т.д.; не различает (не дифференцирует) близкие по звучанию фонемы: шипящие-свистящие, твердые-мягкие, глухие-звонкие звуки и др.).

Иногда неправильное звукопроизношение связано с дефектной речью окружающих, ребенок говорит плохо, подражая неправильной речи взрослых. Нарушение звукопроизношения может быть следствием педагогической запущенности, отсутствия внимания к развитию речи ребенка. В других случаях нарушения звукопроизношения может быть проявлением какого-то более серьезного, органического нарушения, неполадок в центральной нервной системе ребенка, ведь речь - это одна из функций центральной нервной системы.

Нарушения звукопроизношения бывают *простыми*, если нарушены один или несколько звуков из одной фонетической группы, и *сложными*, когда нарушены звуки разных фонетических групп.

Некоторые особенности звукопроизношения ребенка младшего возраста расцениваются как физиологические особенности речи, так как примерно до 5 лет у ребенка еще недостаточно развита подвижность артикуляционного аппарата (артикуляционная моторика) и недостаточно сформировано фонематическое восприятие. Но это не значит, что логопедическое воздействие надо откладывать на более позднее время. Логопедическую работу в таких случаях надо начинать как можно раньше, чтобы по возможности раньше устранить имеющиеся недочеты.

Нарушения звукопроизношения называются **дислалией**. Различают *механическую дислалию*, когда нарушения звукопроизношения связаны с нарушением строения артикуляционного аппарата: неправильный прикус (соотношение верхней и нижней челюстей: чрезмерно выступает вперед верхняя или нижняя челюсть, не совпадают средние линии - середины челюстей, перекус нижней челюсти); короткая подъязычная связка (уздечка языка), чрезмерно большой (макроглоссия) или очень маленький, узкий язык - (микроглоссия). В таких случаях необходима консультация (а иногда и лечение) у ортодонта, стоматолога, оториноларинголога.

Нарушения звукопроизношения при правильном строении артикуляционного аппарата называют *функциональной дислалией*. В этих случаях дефект связан с нарушением функции артикулирования (неточные, неправильные движения артикуляционного аппарата) или с нарушением восприятия фонем.

Если логопедические занятия не начаты своевременно, то в школьном возрасте при обучении грамоте у ребенка обнаружатся затруднения. По словам И.П.Павлова, речь, или речевой рефлекс, возникает по подражанию речи окружающих и закрепляется в ходе речевой практики. Речевой опыт, стаж пользования правильной речью - необходимое условие для овладения чтением и письмом. Ребенок должен при пользовании речью проделать необходимую аналитико-синтетическую работу со звуками, слогами, словами, предложениями, что составляет необходимый фундамент для овладения письменной речью - чтением и письмом.

Часто встречается другой тип нарушения звукопроизносительной стороны речи - *дизартрия*. В таких случаях дефект не исчерпывается плохим звукопроизношением, у ребенка отмечаются и нарушения просодической стороны речи - темпа (замедленный или убыстренный), ритма и плавности (речь скандированная (послоговая), фрагментарная, скачкообразная) и интонирования.

Дизартрия - это нарушение звуковой системы языка (звукопроизношения, просодики, голоса) в результате органического поражения центральной нервной системы. С неврологической точки зрения, по месту локализации (поражения нервной системы) различают дизартрии *корковые, подкорковые, мозжечковые, бульварные и псевдобульбарные*.

Независимо от формы локализации и дизартрии отмечаются нарушения произносительной стороны речи, в то же время лексико-грамматическая сторона и понимание речи могут быть либо сохранены, либо вторично задерживаются их формирование из-за нарушения звуковой стороны речи.

В практике дошкольной дефектологии наиболее часто встречается *псевдобульбарная дизартрия* - одно из проявлений псевдобульбарного паралича или пареза, в результате какого-то внутриутробного, природного или прижизненного повреждения (травмы, энцефалиты и др.) нервной системы ребенка.

Произношение детей с дизартрией неясное, нечеткое, смазанное, с носовым оттенком (гнусавое, назализованное). Отмечаются грубые нарушения динамики (выполнения отдельных движений), статики (удержание определенной артикуля-

ционной позы), артикуляционной моторики (язык беспокоен, движения его затруднены и неточны). Отмечаются нарушения не только речевой, но и внеречевой моторики артикуляционного аппарата: ребенок плохо жует, глотает, давится, поперхивается. В тяжелых случаях ему дают только жидкую и вязкую пищу, иную он глотать не в состоянии. Нарушено речевое дыхание: оно поверхностное, короткое, воздушная струя, являющаяся энергетической основой речи, слабая и ненаправленная. Голос тихий, приглушенный.

Коррекционно-педагогическое (и логопедическое в его составе) воздействие осуществляется на фоне медицинской работы. При этом специалисты опираются на сохранные у ребенка функции. Воздействие направляется на развитие не только речи, но и личности ребенка в целом, ибо при центральных речевых нарушениях, к числу которых относится и дизартрия, личность ребенка (в первую очередь интеллект и эмоционально-волевая сфера) оказывается в той или иной мере нарушенной.

Трудным является практическое различение детей со стертой (легкой, едва уловимой) формой псевдобульбарной дизартрии и детей с функциональной дислалией. Диагностически значимыми являются следующие показатели: при стертой форме дизартрии язык при высовывании беспокоен (так называемое продольное или поперечное беспокойство языка), отмечаются гиперкинезы, тремор кончика языка, а при дислалии язык спокоен. При стертой форме дизартрии при высовывании язык отклоняется от средней линии, а при дислалии он расположен по средней линии. Эти два показателя - беспокойство языка и его отклонение при дизартрии - возрастают после функциональной нагрузки на язык (лакательные движения). Беспокойство и отклонения языка в период утомления при стертой форме дизартрии становятся более выраженными. При дислалии же особой разницы в состоянии языка до и после лакательных движений не выявляется. При стертой форме дизартрии высунутый язык меняется в окраске: от белесого до синеватого, что связано с сосудистой игрой в языке.

Сосуды иннервируются нервами, и при дизартрии в силу имеющегося пареза какой-то участок языка становится обескровленным, а в другом отмечается повышенное кровенаполнение. При стертой форме дизартрии родители отмечают у ребенка некоторые затруднения в жевании, глотании. Имеется повышенная саливация (слюнотечение), некоторая амимичность лица, незначительная назализация. Этих явлений не бывает при дислалии.

Часто диагноз ставится предположительно, и только в ходе проводимой с ребенком работы можно будет с большей долей вероятности говорить о наличии органического (хотя и достаточно легкого) поражения артикуляционного аппарата. Паретичность артикуляционной мускулатуры может быть не грубой и выявляется только при углубленном неврологическом, нейропсихологическом и логопедическом обследовании.

К тяжелым случаям нарушений речи относится **ринолалия** - нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, в первую очередь - голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба. Речь ребенка долго остается невнятной из-за назализации и нарушения произношения разных (часто многих) звуков.

Как вторичное нарушение в структуре дефекта из-за первичной несформированности артикуляции и просодической стороны речи могут возникнуть лексико-грамматические нарушения. Тогда говорят об общем недоразвитии речи, а не только о фонетико-фонематической неполноценности.

Открытая ринолалия - следствие врожденного дефекта твердого и (или) мягкого нёба. Наличие врожденной открытой ринолалии нарушает весь комплекс согласованных рефлекторных движений, участвующих в механизмах звуочной речи, - дыхания, голосообразования и артикуляции. Чем обширнее расщелина, тем больше ее отрицательное влияние на формирование звуковой стороны речи ребенка. В тяжелых случаях речь ребенка совсем не понятна окружающим.

Иногда у ребенка отмечается **ринофония** - нарушение фонации и просодики при сохранном звукопроизношении. Голос ребенка тихий, хриплый, назализованный. Речь неинтонированная, неясная.

При **моторной алалии** (дети с таким нарушением составляют подавляющее большинство в сводной группе детей с общим недоразвитием речи) несформированность всей речевой системы связана с недоразвитием головного мозга.

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

лия встречается реже, чем моторная. Логопедическая работа сложна, прогноз достаточно неопределенный, особенно в тяжелых случаях.

У ребенка отсутствует или тяжело нарушена речь по всем ее компонентам: словарь, грамматический строй, связная речь, звукопроизношение. Речь у ребенка с алалией появляется поздно, развивается медленно и всегда оказывается неполноценной. Степени недоразвития речи бывают разные: от полного безречья до не резко выраженного недоразвития. Отмечаются трудности словообразования и словоизменения.

Часто алалия сочетается с *леворукостью* или *амбидекстрией*. Недоразвитие речи у такого ребенка приводит к вторичному недоразвитию интеллекта, выявляется задержка умственного развития, обусловленная речевым недоразвитием.

При алалии нарушается не только речь, но отмечаются и нарушения других психических процессов. У такого ребенка недостаточные внимание, восприятие, память, нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения. Дети упрямые, капризные, негативистичны. Часто отмечается повышенная сензитивность (чувствительность), склонность к слезам, двигательное беспокойство. Особенности речи и личности ребенка с алалией связаны с недоразвитием клеток коры мозга в определенных областях (чаще всего это лобная доля левого полушария). В большинстве случаев говорить с уверенностью о локализации недоразвития трудно, так как у ребенка отмечается минимальная мозговая дисфункция без четкой локализации недоразвитых мозговых клеток. Логопедическая работа в таких случаях проводится на фоне лечения, направленного на повышение работоспособности незрелых клеток коры головного мозга, на быстрое их созревание. Слух у детей сохранен, интеллект первично не страдает. В тяжелых случаях отмечается вторичная задержка умственного развития.

Из-за недоразвития понимания ребенок сам не говорит или говорит мало и плохо. Причиной этому является нарушение акустического внимания, восприятия.

В чистом виде алалия моторная и сенсорная встречаются сравнительно редко, чаще диагностируется моторная алалия с сенсорным компонентом или сенсомоторная алалия.

Для детей с нарушениями речи характерны меньший (по сравнению с нормально развивающимися детьми) объем сведений и представлений об окружающем, недостаточность сенсорных, временных и пространственных представлений, снижение способности к запоминанию зрительного и слухового материала, недостаточная целенаправленность и концен-

грация внимания, снижение уровня психических обобщений, недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи и др. У этих детей слабо развиты артикуляционная моторика и мелкая моторика пальцев рук.

Дети с тяжелыми нарушениями речи нуждаются в комплексном, дифференцированном и целостном воздействии на все стороны развития и личности.

Большой теоретический и практический интерес представляет дифференциальная диагностика - разграничение - ребенка с сенсорной алалией и ребенка со сниженным слухом (глухого или слабослышащего). По последним научным данным, при сенсорной алалии может быть (а может и не встречаться) некоторое снижение слуха, но не оно является ведущим в картине дефекта: ребенок не понимает обращенную к нему речь не потому, что не слышит, он не понимает то, что безусловно слышит.

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

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

- слабослышащий имеет постоянный порог восприятия (в разное время суток в различных условиях он слышит одинаково), а у ребенка с сенсорной алалией отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: то он слышит и понимает более тихое, то не воспринимает более громкого звучания. Непостоянство показателей аудиометрического исследования свидетельствует о нарушенной работоспособности незрелых клеток коры головного мозга. Незрелые клетки мозга очень утомляемы, в них не могут нормально протекать процессы высшего акустического анализа и синтеза, не могут чередоваться процессы возбуждения и торможения, поэтому в разных условиях выявляются разные показатели слухового восприятия. Увеличение (усиление) громкости Шукшин улучшает восприятие слабослышащего ребенка. Ребенок же с сенсорной алалией на громкие, а тем более сверхгромкие звуки не реагирует; более тихое, спокойное звучание ребенок воспринимает лучше, чем звуки повышенной громкости, которые вызывают в незрелых мозговых клетках запредельно охранительное торможение, мозг как бы сам щадит себя, выключаясь из работы;

- слабослышащий лучше слышит при психомолнии слухового аппарата. А ребенок с сенсорной алалией пользоваться

ся слуховым аппаратом не может: жалуется на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для него неприятным раздражителем. При сенсорной алалии в ряде случаев бывает гиперакузия - повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих (шум сминаемой бумаги, каплюющая из крана вода и др.). Слабослышащий к таким тихим звукам относится безразлично, не реагирует на них, а ребенок с сенсорной алалией испытывает при этом неприятные ощущения. Кстати, это лишний раз подчеркивает сохранность слуха у детей с алалией.

Голос слабослышащего лишен звучности, полноты, он тиховат, глуховат, у ребенка же с сенсорной алалией голос громкий, звонкий, нормальный;

-со слабослышащим ребенком легче наладить контакт, чем с ребенком, страдающим сенсорной алалией.

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

Ребенка с алалией достаточно трудно отличить и от ребенка с временной функциональной задержкой речевого развития, которая может быть вызвана, например, педагогической запущенностью, недостаточностью речевых контактов ребенка с окружающими, бедностью представлений, двуязычием в семье и т.д.

Иногда задержка развития речи проявляется на фоне задержки психического развития в целом. В других случаях запаздывает только речевое развитие. В ряду социальных причин, вызывающих задержку речевого развития, большое место занимает воспитание малыша в доме ребенка, в детском доме, ранний и длительный госпитализм, что в совокупности обозначается как социальная депривация.

Отличительные признаки, которые могут помочь разграничить алалию и временную задержку: наличие органического поражения центральной нервной системы при алалии (выявляется врачом-невропатологом или психоневрологом), нарушение двигательной сферы в той или иной степени. Специальными исследованиями установлено, что примерно 50% детей с моторной алалией имеют нарушения общей моторики, нарушение координации движений, статического равновесия, левшество, ребенок неуклюже бросает и ловит мяч, не может стоять и прыгать на одной ноге (обычно на правой), не умеет кататься на велосипеде и самокате, ходить на носках и на пятках и т.д. Примерно 10% детей с алалией имеют выражен-

ные затруднения в артикуляторной моторике (не могут по заданию в данный момент выполнить определенное движение или удержать артикуляционную позу) - такие нарушения артикуляционной моторики (при отсутствии паралича и пареза) называются оральной апраксией.

При алалии отмечается нарушение внимания, памяти, оптико-пространственная неполноценность ряда высших психических процессов, корковых функций. Все дальнейшее развитие речи и личности ребенка идет в условиях патологического состояния центральной нервной системы, следы бывшего недоразвития, несмотря на положительную динамику в состоянии речи, остаются на долгие годы, а иногда и на всю жизнь.

У умственно отсталых детей отмечается недоразвитие - часто глубокое - всех сторон психической деятельности, в том числе и речевое отставание.

Все стороны психики связаны между собой, их развитие взаимообусловлено. Сенсорное развитие включает развитие ощущений, восприятия, представлений, т.е. сложную работу анализаторов от приема внешних сигналов периферическими органами чувств до сложной переработки головным мозгом всей поступающей информации.

Полноценное функционирование органов чувств и моторики имеет большое значение для психического развития, является основой формирования сложных психических процессов. Определенный уровень развития сенсорных и моторных процессов в их тесной связи с развитием речи составляет фундамент формирования познавательной деятельности ребенка. Развитие психической деятельности у нормально развивающегося ребенка и ребенка с отклонениями в развитии идет по одним закономерностям: от восприятия и представления к наглядно-действенному, наглядно-образному и затем к элементам понятийного мышления. Во всех этих процессах большую роль играет речь.

У умственно отсталого дошкольника *снижена ориентировочная деятельность, активность, нарушена моторика, отмечается низкий уровень мотивированности и потребностей*. Наблюдаются недостаточность внимания, слабость смысловых связей, бессистемность имеющихся представлений, нарушение памяти.

Недоразвиты все компоненты устной речи, касающиеся фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон. Кроме того, у умственно отсталых детей могут быть все виды речевых нарушений как сопутствующие проявления интеллектуального дефекта. Может быть механическая дислалия (нарушение звукопроизношения из-за нарушения строения арти-

куляционного аппарата), ринолалия (нарушение речи из-за расщелины артикуляционного аппарата), дизартрия (нарушение всей звуковой системы речи из-за нарушенной иннервации артикуляционного аппарата - параличи, парезы), могут быть алалии, афазии, заикание.

У умственно отсталого ребенка в силу недоразвития коры мозга медленно развивается словарь, замедленно формируются обобщающие понятия, дети с трудом абстрагируются от конкретной ситуации, их речевая продукция сводится к использованию заученных речевых шаблонов. Медленно и неточно осуществляется перенос речевого опыта в сходные ситуации, речь недостаточно регулирует деятельность таких детей. Ребенок долгое время общается только вопросно-ответной формой, контекстная речь формируется с трудом. Самостоятельный рассказ сводится к простому перечислению отдельных предметов и действий, изображенных на картинке. Внимание к речи окружающих и контроль за своей речью у детей снижены.

Проявляются отставания от сверстников во всех видах продуктивной деятельности: рисовании, конструировании, лепке. Игры таких детей часто носят элементарный подражательный характер, изобилуют стереотипными действиями. Новые сведения усваиваются умственно отсталыми детьми медленно. Их эмоциональные реакции инфантильны. Нередко дети отстают от сверстников и по показателям физического развития.

Недоразвитие интеллекта и речи многовариативны. Они могут проявляться в широком диапазоне - от глубокого слабоумия с отсутствием понимания и собственной речи (импрессивной и экспрессивной речи) до сравнительно неплохого развития, которое иногда расценивается как низкая норма, пограничное состояние.

При анализе речевого нарушения у умственно отсталого ребенка важно ориентироваться на выделенные Р.Е.Левиной уровни речевого недоразвития, соотнося с ними состояние речи конкретного ребенка и определяя при этом вид его речевого нарушения.

Диагностика негрубых форм умственной отсталости (олигофрения в степени дебильности) у детей дошкольного возраста часто затруднена. Ребенок незначительно отличается своим поведением от детей с нормальным развитием, а несформированность навыков самообслуживания можно расценить как результат его неправильного воспитания. Иногда выраженное речевое недоразвитие является единственным симптомом, который настораживает, вызывает тревогу у окружающих. Однако с возрастом все четче проявляются, поми-

мо недоразвития речи, и другие симптомы общего психического недоразвития. У ребенка оказываются нарушенными целенаправленная познавательная деятельность, анализ и синтез разнообразных раздражителей окружающего мира, он не выделяет существенных признаков предметов и действий, не дифференцирует их. У него не формируются категории цвета, формы, величины, количества и т.д. Отмечается специфика двигательной сферы. Особенности интеллектуального, сенсорного, эмоционального, речевого недоразвития вызваны недоразвитием коры головного мозга.

Речевые нарушения у умственно отсталых детей подразделяются на две группы.

1. Недоразвитие речи как симптом синдрома олигофрении. У ребенка недостаточное внимание, восприятие, слабая память, нет достаточного контроля за своими действиями и за речью. Как одно из проявлений олигофрении отмечается несформированность фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи.

2. На фоне олигофрении могут быть любые речевые нарушения не как проявление умственной отсталости, а дополнительно к ней без причинно-следственной соотнесенности речевой и интеллектуальной неполноценности.

Все речевые нарушения у умственно отсталых детей встречаются чаще, чем у детей с нормальным интеллектом.

Важно отличать алалию от олигофрении, различать ребенка с первичной речевой неполноценностью (недоразвитием речи из-за недоразвития головного мозга) и умственно отсталого. Как основные диагностические показатели учитывается, что ребенок с алалией имеет больший запас сведений, представлений, чем ребенок-олигофрен. Он лучше ориентируется в быту, в ситуации, учитывает изменения в обстановке, на которые не обращает внимания умственно отсталый. Ребенок с алалией лучше понимает и чаще использует паралингвистические средства общения. Страдающий алалией критически относится к своему состоянию, понимает, что не может говорить и этим отличается от других детей; он имеет выраженное желание нормализовать, улучшить свою речь. В отличие от такого ребенка умственно отсталый не обращает внимания на свою речь, не замечает ее недостаточности, не может критически оценить свое состояние, не использует помощь в работе. У умственно отсталого нет желания улучшить свою речь.

3. Сеген отмечал, что умственно отсталый ничего не знает, не может и не хочет, подчеркивая недостаточность эмоционально-волевого развития, отсутствие выраженной мотива-

ции к деятельности. По образному выражения Н.И.Жинкина, на стыке олигофрении и алалии лежит многовековая проблема соотношения мышления и речи.

Разумеется, тяжелые речевые нарушения задерживают интеллектуальное развитие ребенка, но это является вторичным проявлением основного дефекта.

В ряде случаев у детей наблюдается задержка психического развития (ЗПР). Главное отличие таких случаев от умственной отсталости заключается в обратимости имеющихся у ребенка особенностей развития.

В игровой ситуации эти дети обычно достаточно активны, самостоятельны, продуктивны. Недоразвитие их познавательной деятельности проявляется преимущественно при усвоении программного материала дошкольного образовательного учреждения.

Часто у детей с задержкой психического развития отмечаются неорганизованность, хаотичность деятельности, неуравновешенность поведения, торопливость, беспечность, отсутствие чувства ответственности и другие индивидуально-психологические черты. У таких детей наблюдаются слабость волевых усилий, незрелость эмоционально-волевой сферы, снижение работоспособности, недостаточность отдельных психических функций. Для них характерны двигательная расторможенность или, наоборот, вялость, апатичность, эмоциональная неустойчивость, импульсивность.

Недостаточная выраженность познавательных интересов детей с ЗПР сочетается с нарушениями внимания, памяти, с замедлением скорости приема и переработки сенсорной информации, плохой координацией движений. Негрубые нарушения речи проявляются в отставании в развитии фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи.

Выявлены значительные различия в результатах самостоятельной работы таких детей и работы с помощью взрослых. Дети способны принимать помощь, усваивать принцип действия и переносить его на аналогичные задания. Именно это и отличает детей с ЗПР от умственно отсталых. Потенциальные возможности детей с задержкой психического развития достаточно высокие.

Тяжелые нарушения общения наблюдаются при раннем детском аутизме (РДА), который проявляется уже в первые 2-3 года жизни. Основным его симптомом является *нарушение общения, контакта ребенка с окружающими*. Ребенок погружается в мир своих фантазий, собственных переживаний. Он замкнут, отказывается от общения, не смотрит в глаза окружающим, избегает телесного контакта, ласки, близких.

Для таких детей характерна однообразная нецеленаправленная двигательная активность: они могут длительное время ходить по кругу, выполнять стереотипные движения, нашептывать что-то, выкрикивать отдельные звуки и слова. Двигательное беспокойство чередуется с застыванием в одной позе, заторможенностью.

Отличительной особенностью детей с аутизмом является неравномерность психического развития в целом, а также отдельных психомоторных функций. Интеллект детей с аутизмом может быть нормальным, но развит негармонично, бывает умственная отсталость, и наконец, среди таких детей встречаются одаренные.

Иногда у ребенка бывает сложный дефект, так называют сочетание двух и более нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности воспитания и обучения ребенка. Например, одновременные нарушения зрения и слуха, зрения и речи, слуха и моторики т.д.

При осложненном дефекте возможно выделение (определение) ведущего или главного нарушения и осложняющих его расстройств. Например, у умственно отсталого ребенка могут быть снижение слуха или зрения, эмоциональные или поведенческие нарушения, дефекты опорно-двигательной сферы, речи. В одних случаях говорят о недоразвитии какой-либо функции, в других - о ее повреждении.

Особенность детского мозга проявляется в том, что даже незначительные его поражения не являются частичным, локальным, а отрицательно сказываются на всем процессе развития (созревания) центральной нервной системы. А при тяжелом нарушении его следы остаются на долгие годы, а иногда на всю жизнь. Все дальнейшее развитие ребенка идет в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Если своевременно как можно раньше не организовать лечебного и коррекционно-педагогического воздействия, то ребенок будет отставать в психическом развитии.

Различают первично пострадавшее звено и вторичные проявления в структуре дефекта, вызванные основным поражением. Например, у ребенка с нарушенной слуховой функцией, при нарушении физического (тонального) слуха вторичным в структуре дефекта является нарушение собственной (экспрессивной) речи. Или у ребенка с тяжелым недоразвитием речи вторичным проявлением основного дефекта являются нарушения письменной речи (чтения и письма - дислексия, дисграфия), а двигательная неполноценность при детском церебральном параличе вызывает вторичное нару-

шение пространственных представлений и конструктивной деятельности ребенка.

Сложная структура дефекта отмечается при снижении слуха, зрения, при умственной отсталости у детей.

У различных групп детей по-разному представлено соотношение нарушенных компонентов речевой и интеллектуальной систем. Как правило, у таких детей всегда отмечается значительная патология в пренатальном, катальном и постнатальном периоде развития (внутриутробно, при родах и при жизни), вследствие чего задерживается формирование или проявляются специфические нарушения при развитии ряда психических процессов и функций. Варианты таких нарушений встречаются в разных возрастных группах детей, и в первую очередь в раннем возрасте. При таких дефектах в большинстве случаев отмечаются системные нарушения речи, касающиеся всех ее компонентов. Своевременное и правильное диагностирование таких нарушений - важный фактор результативности лечебно-оздоровительного и психолого-педагогического воздействия.

При диагностике, коррекции и профилактике вторичных проявлений отечественная коррекционная педагогика (дошкольная дефектология как ее раздел) учитывает фундаментальные положения психологии, психолингвистики, нейропсихологии и других наук: концепция о соотношении первично пострадавшего звена и вторичных проявлений в структуре дефекта, учение об общих закономерностях и специфических проявлениях при разных вариантах отклонений в развитии, системный и уровневый подход к анализу и коррекции нарушений языковой и речевой деятельности и др.

Принципиально важным для дошкольной дефектологии является правильное разграничение нарушений речи и мышления. В одних случаях умственная отсталость является первичным в структуре дефекта ребенка, а например, отсутствие или тяжелое недоразвитие речи - вторичное, производное проявление. В других же случаях умственная отсталость является вторичным, производным у ребенка с тяжелым нарушением речи. Отсутствие потребности и возможности коммуникации не может не сказываться на развитии интеллектуальной деятельности ребенка.

2.2. РАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Во второй половине 1 года у нормально развивающегося ребенка обычно появляется лепет, к 9-10 месяцам он активизируется, обогащается новыми звуками, интонациями и ста-

новится постоянным ответом на голосовое обращение взрослого. Отсутствие или бедность лепета у ребенка настораживают, так как это может свидетельствовать о нарушении у ребенка слуха, артикуляционной моторики, о детском церебральном параличе, о том, что дальше у ребенка выявится тяжелое недоразвитие речи по всем речевым компонентам.

К году у нормально развивающегося малыша появляется *предметно-действенное общение*. Контакт с ребенком устанавливается при помощи ярких игрушек, манипулирования с ними. У ребенка появляется интерес к новым игрушкам, отмечается избирательное отношение к ним.

На этом возрастном этапе диагностически значимой является *эмоциональная реакция ребенка на его окружение*. При отставании в психическом развитии у ребенка отсутствует адекватная реакция на незнакомого человека, нет интереса к игрушкам, познавательных и эмоциональных реакций на новизну.

У ребенка до года выявляется *реакция на речь взрослых*, он выполняет отдельные просьбы («дай», «принеси», «покажи», «где» и др.), правильно реагирует на слово «нельзя» (перестает тянуться к предмету) и т. п.

Особенностью этого возраста является появление *общения ребенка со взрослым при помощи звукосочетаний*. Одновременно появляется интерес к рассматриванию книг с картинками. Постепенно ребенок начинает узнавать знакомые картинки, показывает некоторые при назывании взрослым и пытается назвать сам лепетными словами. Развивается интерес к ритмам разных песен.

Отсутствие в этом возрастном периоде понимания и попыток собственного названия свидетельствует об имеющемся у ребенка отставании в психическом развитии, хотя индивидуальные колебания в развитии речи в этом возрасте достаточно велики и зависят от индивидуального варианта развития ребенка и от степени активности взрослого в общении с ребенком.

Формирование психических функций у ребенка раннего возраста в значительной степени зависит от условий среды и воспитания, ведущая роль отводится *общению ребенка с матерью*. Особо важная роль в психическом развитии принадлежит речи. Речевое недоразвитие часто сочетается с задержкой психического развития ребенка.

У детей с нарушением слуха, зрения, двигательной сферы не развивается предметное восприятие, с трудом формируются предметные действия, не формируется зрительно-моторная координация и согласованность движений руки и глаза.

При сенсорных и двигательных нарушениях ребенок не имеет тонких дифференцированных движений пальцев рук, что задерживает формирование у него предметно-практической деятельности.

Недостаточная сформированность зрительного гнозиса (так называют комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на распознавание предметов) проявляется в трудностях узнавания изображений, выделения предмета из фона. Недостаточность слухового гнозиса проявляется в несформированности фонематического восприятия, что задерживает развитие понимания и собственной речи ребенка.

Задержка психического развития ребенка проявляется в недостаточности у него знаний и представлений об окружающем мире. Дефекты речи приводят к трудностям формирования операций сравнения, дифференцированного восприятия объектов.

Развитие сенсомоторных функций ребенка на первом году жизни является основой формирования речи и мышления. В возрасте от 1 до 3 лет речь занимает ведущее место в психическом развитии ребенка. Словарь ребенка увеличивается, появляется возможность общаться фразами. Ребенок комментирует речью свои игровые действия, отвечает на вопросы взрослого, сам задает их. Развитие речи, активность пользования ею перестраивает все психическое развитие ребенка. Постепенно речь становится ведущим средством общения и развития мышления.

Ребенок овладевает речью как средством общения и приобретения знаний, как видом деятельности (речевой или коммуникативной деятельности). По мере взросления у него развивается потребность в коммуникации (общении). Потребность в общении не является врожденной, она возникает и формируется в практике взаимодействия ребенка с окружающими.

В разные возрастные периоды выявляется преобладание разных форм общения: так, в 6-9 месяцев при общении со взрослым у ребенка проявляется *ориентировочная реакция*, которая сменяется реакцией ожидания знакомого лица, оживления при его появлении. Постепенно формируется *познавательный интерес*, от наличия которого зависит интенсивность психического развития. Появляются *элементы общения* с помощью жестов: ребенок тянет руки к тому, что хочет получить, отворачивается от того, что ему не нравится. Отсутствие стремления ребенка к общению настораживает, свидетельствуя о какой-то неполноценности; в 2-4 года основная форма общения - эмоционально-практическое общение, в 4-6 лет

преобладает ситуативно-деловое общение, в 6-7 лет основной является внеситуативно-деловая форма общения.

В процессе общения кроме речи ребенок использует жесты, мимику, интонацию, выразительные движения. Это называется *паралингвистическими*, или *невербальными*, средствами общения. К ним ребенок прибегает в случаях, когда не хочет или не может говорить, или когда хочет придать высказыванию особую экспрессивную (эмоциональную) окраску.

Активность речевого общения - не единственный, но очень важный показатель диагноза и прогноза (диагностический и прогностический) при нарушениях коммуникации и других отклонениях в развитии ребенка.

Основными признаками коммуникативной активности являются *мотивированность и целесообразность высказывания*, его необходимость, быстрота и точность речевой реакции, адекватность выбора языковых средств, контроль за речевой продукцией.

При активизации коммуникативной деятельности решаются познавательные задачи, совершенствуются мыслительные процессы. Коммуникативная функция речи как генетически более ранняя служит основой для становления других ее функций.

Коммуникативная функция речи считается сформированной, если ребенок свободно вступает в контакт и пользуется различными формами высказывания: сообщением, вопросом, ; просьбой и т.д.

\ Для развития коммуникативной функции речи ребенок должен овладеть средствами языка, т.е. уметь свободно выражать свои мысли речевыми средствами, используя при этом различные типы предложений, соблюдать логику передаваемой информации.

Важнейшим фактором становления коммуникативной деятельности является потребность пользоваться языковыми средствами в речевой практике. Речемыслительная деятельность является предпосылкой возникновения и развития учебно-познавательной активности.

Нарушения психического развития ребенка в период до 3 лет отличаются многовариативностью (разнообразием) в зависимости от причин и характера повреждения центральной нервной системы. Интеллектуальные, сенсорные, двигательные отклонения у ребенка этого возраста проявляются в первую очередь в виде отставания в развитии речи, так как этот период является наиболее сензитивным для развития речевой функции. В то же время отставание в развитии речи в этот

период не всегда свидетельствует о наличии тяжелого дефекта у ребенка - иногда такое отставание носит временный, обратимый, т.е. функционально-динамический характер. Диагностика таких состояний у маленького ребенка в условиях разового обследования затруднена, а иногда и невозможна. Правильное заключение можно сделать только в результате длительного диагностического наблюдения за ребенком, специального обучения его.

2.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Помощь детям дошкольного возраста с нарушениями развития оказывается в учреждениях, относящихся к системе здравоохранения, образования (просвещения) и социальной защиты.

В системе здравоохранения оказывается *амбулаторная и стационарная* помощь, предусматривается *диспансеризация*. Это широкое государственное мероприятие проводится повсеместно в сроки до 1 года, в 3 года и в 6-7 лет перед поступлением ребенка в школу. Диспансеризация заключается в том, что всех детей и находящихся в учреждениях, и неорганизованных комплексно обследуют медицинские специалисты, выявляя имеющиеся отклонения или предрасположение к ним.

Диспансеризация является важным социальным достижением, она имеет большое профилактическое значение. В случаях раннего выявления отклонений в развитии возможно своевременное оказание специализированной помощи, что позволяет предотвратить появление вторичных отклонений у ребенка.

Функционируют ясли для детей с органическими нарушениями центральной нервной системы, проводится система медико-психолого-педагогических мероприятий в домах ребенка, санаториях психоневрологического и иного профиля, в детских поликлиниках и диспансерах, в клинических отделениях детских больниц разного профиля, в полустационарах (дневной детский сад при больнице, где проводится необходимое лечение в сочетании с коррекционно-воспитательным воздействием).

В учреждениях системы здравоохранения получают специализированную помощь дети с речевыми нарушениями, с задержкой психического развития, умственно отсталые, с нарушением опорно-двигательного аппарата. Оказывается медикаментозная и физиотерапевтическая помощь детям с наруше-

ниями слуха, зрения. При необходимости дети получают хирургическое, стоматологическое, ортодонтическое, психоневрологическое и другие виды лечения. В ряде случаев проводится комплексное воздействие, составляющими которого являются лечебно-оздоровительная и психолого-педагогическая работа.

В системе образования детям дошкольного возраста оказывается помощь в *профильных специализированных детских садах* в соответствии с характером нарушения развития ребенка: детские сады для слепых и слабовидящих (раздельно), глухих и слабослышащих (раздельно), для детей с тяжелыми нарушениями речи, где есть группы для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН), с общим недоразвитием речи (ОНР) и детей с заиканием; детские сады для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, соматически ослабленных и др.

Для детей с нарушениями речи иногда открываются *специальные группы* в детских садах общего типа. Еще одной формой помощи является *организация логопедических пунктов* при детских садах (по типу логопедического кабинета в поликлинике). Обслуживаются дети не только данного, но и других близлежащих садов. Иногда специальные детские сады для детей с речевыми нарушениями имеют ясельные (как правило, диагностические) группы.

В настоящее время функционируют дошкольные детские дома общего типа и специальные, для некоторых категорий детей с отклонениями в развитии открываются дошкольные (подготовительные) отделения при специальных и общеобразовательных школах.

В детских садах дети могут находиться в течение дня или круглосуточно в течение недели.

На педагогов дошкольных учреждений общего типа и специализированных возлагается особая ответственность по *подготовке к школе детей с отклонениями в развитии*. В дошкольном детстве формируется прочный фундамент для развития речи, моторики, всех психических процессов, разных видов деятельности, в том числе и учебной. Подавляющее большинство детей в массовом детском саду успешно овладевает всеми разделами программы дошкольного развития и воспитания, но дети, имеющие особенности и отклонения в речевом, психическом развитии, нарушения слуха, зрения и т.д., с этой программой не справляются. Принципиально важным являются своевременное выявление таких детей, всестороннее изучение их в целях дифференциальной диагностики и определение путей необходимого в каждом конкретном случае лечения и специального обучения. i

Имеется развернутая сеть специальных учреждений для детей дошкольного возраста с различными отклонениями в состоянии слуха (глухих и слабослышащих), зрения (слепых и слабовидящих), с нарушением интеллекта (дебилы и имбецилы), с нарушением опорно-двигательного аппарата, с комбинированными нарушениями и т.д.

Обычное обучение детей с тяжелыми, выраженными отклонениями в развитии затруднено, а в ряде случаев и просто невозможно. Такие дети занимаются в специализированных дошкольных учреждениях по особым программам, с использованием системы специальных методов и приемов.

Если нарушения не столь глубоки, то дети овладевают программой общего, массового детского сада при условии учета педагогом их состояния и при обеспечении им индивидуального подхода и специальной помощи. Важной задачей педагогов дошкольных учреждений является в связи с этим овладение ими определенной системой сведений, знаний по специальной психологии и коррекционной педагогике, формирование навыков педагогической диагностики отклонений в развитии и проведения работы при слабо выраженных отклонениях в развитии детей.

В теории и практике дошкольной дефектологии накоплен опыт дифференциальной диагностики отклонений в развитии, имеются развернутые характеристики дефектов, определена комплексная и дифференцированная система коррекционного воздействия, максимально адаптированная к индивидуально-типологическим особенностям детей.

Создана и успешно функционирует система специальных учреждений. Она охватывает все категории аномальных детей, функционально связана с дальнейшим школьным обучением, которое также осуществляется при тяжелых формах отклонения в развитии дифференцированно по видам нарушений. Утверждены Положения о каждом типе специальных учреждений, определены специальные режимы их функционирования, разработаны частные методики фронтального, подгруппового и индивидуального воздействия.

2.4. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Основной задачей специального дошкольного обучения и воспитания умственно отсталого ребенка является обеспечение максимально возможного уровня физического, умствен-

ного и нравственного развития, подготовка к обучению в специальной школе. Эта работа должна проводиться с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка.

В нашей стране создана *дифференцированная система специальных дошкольных учреждений для умственно отсталых детей*. В соответствии с характером дефекта и степенью его выраженности дети воспитываются в специальных учреждениях системы образования, здравоохранения или социального обеспечения.

В системе образования существует сеть *специальных детских садов* с круглосуточным пребыванием детей, а также *специальных детских домов*. В отдельных случаях разрешается открытие *дошкольных групп* при специальных вспомогательных школах-интернатах. В эти дошкольные учреждения принимаются дети с диагнозом олигофрении в степени дебильности неосложненной формы. Дети с эписиндромом, детским церебральным параличом, ярко выраженным психопатоподобным поведением, болезнью Дауна, шизофренией и другими в дошкольные учреждения этого типа не принимаются. Не направляются также дети с задержкой психического развития и дети с диагнозом олигофрении в степени имбецильности.

В специальные детские сады и детские дома, а также в группы при вспомогательных школах-интернатах принимаются дети в возрасте от 4 до 8 лет. Пребывание детей старше 8 лет в дошкольных учреждениях запрещено.

В системе здравоохранения имеются *специальные ясли и специальные психоневрологические санатории* с круглосуточным пребыванием для детей с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС). В эти учреждения принимаются дети с диагнозом олигофрении в степени дебильности осложненной формы. В специальные ясли для детей с органическим поражением ЦНС принимаются дети в возрасте от 2 до 4 лет. Дети в возрасте от 4 до 8 лет направляются в психоневрологические санатории.

Дети с диагнозом олигофрении в степени имбецильности воспитываются в **учреждениях системы социального обеспечения**.

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни существенно отличается от развития нормальных детей. У многих детей-олигофренов задерживается развитие прямохождения - держать голову, сидеть, стоять, ходить они начинают значительно позднее, чем их нормально развивающиеся сверстники. Эта задержка у многих детей бывает довольно существенной и может захватывать не только первый, но и второй год жизни ребенка.

Как правило, у всех умственно отсталых дошкольников наблюдаются *отсутствие или значительное снижение интереса к окружающему, общая патологическая инертность*, что, однако, не исключает крикливости, беспокойства, раздражительности и двигательной расторможенности. В дальнейшем у них не возникает интерес к игрушкам, подвешенным над кроваткой или находящимся в руках у взрослого, не происходит своевременного перехода к общению со взрослыми на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения, свойственная младенческому возрасту в норме - жестовая.

Это отставание и своеобразие сказываются и на развитии первых действий с предметами - хватании, на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием.

Отсутствуют и предпосылки развития речи: предметное восприятие и предметные действия, общение со взрослыми, и в частности доречевые средства общения. Наблюдается недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического восприятия, в результате чего у умственно отсталых детей не возникает своевременно лепет. Это процесс рефлексорный, в норме он появляется во второй половине первого года жизни ребенка, протекает в основном независимо от условий окружающей среды, от влияния взрослых и связан непосредственно с состоянием ЦНС.

В целом умственно отсталый ребенок в раннем возрасте имеет существенные отклонения в психическом и речевом развитии. В то же время тенденции его развития те же, что и нормально развивающихся сверстников. Многие в их развитии - отставание в овладении предметными действиями, развитии речи и познавательных процессов - в значительной мере носит вторичный характер. При правильной организации жизни умственно отсталого ребенка, требующей возможно более раннего включения специального обучения и воспитания, многие дефекты развития могут быть скорректированы и предупреждены.

Перцептивные действия у умственно отсталых детей начинают формироваться в дошкольном возрасте. На основе появившегося у ребенка интереса к предметам, игрушкам возникают и простейшие представления об их свойствах и отношениях. В этом плане переломным годом для умственно отсталого ребенка является пятый год - дети уже могут делать выбор по образцу (по цвету, форме, величине); у отдельных детей имеется также продвижение в развитии целостного восприятия. Однако все это проявляется скорее только как тенденция развития. К концу дошкольного возраста лишь немно-

гим более половины умственно отсталых детей достигают уровня развития восприятия, характерного для начала дошкольного возраста нормально развивающихся детей.

Другой важной стороной чувственного познания является наглядное мышление, тесно связанное с процессом восприятия. Для умственно отсталых дошкольников характерно *отставание в темпе развития наглядно-действенного мышления*. Далеко не всем детям к концу дошкольного периода оказывается доступным выполнение даже таких практических задач, в которых действие, выполненное рукой или орудием, прямо направлено на достижение практического результата, т. е. на перемещение предмета, его использование или изменение.

В отличие от нормально развивающихся детей, у умственно отсталых *возрастные изменения в развитии наглядно-действенного мышления без специального обучения незначительны*. До конца дошкольного возраста у них фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач.

Элементарное словесно-логическое мышление у умственно отсталых дошкольников развивается замедленно и имеет качественное своеобразие. По-иному, чем в норме, складывается соотношение наглядного и словесно-логического мышления.

Игра в младшем дошкольном возрасте может возникнуть только на основе предметной деятельности на определенном уровне. К школьному возрасту *фактически не возникает предметной деятельности*. Действия с предметами остаются на уровне манипуляций, в большинстве случаев неспецифических. Интерес детей к предметам, в частности к игрушкам, оказывается кратковременным, так как побуждается лишь их внешним видом.

После 5 лет в игре с игрушками умственно отсталых детей все большее место начинают занимать процессуальные действия. Однако подлинная игра не возникает. *Без специального обучения ведущей деятельностью у умственно отсталого ребенка остается не игровая, а предметная*. В игре наблюдаются стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, нет даже элементов сюжета. Дети не используют предметозаместителей, не могут замещать действия с реальными предметами изображением действий или речью.

У умственно отсталого ребенка без специально организованного обучения *в игре не развиваются и функции речи*. Отсутствует не только планирующая или фиксирующая речь, но как правило, и сопряженная.

Продуктивная деятельность у умственно отсталых дошкольников вне специально организованного обучения *практиче-*

ски не возникает; не появляются конструктивные умения, не возникает предметный рисунок. При обучении без учета особенностей развития детей этой категории предметные рисунки могут появиться, но эти рисунки, с одной стороны, примитивны, фрагментарны, не передают целостного образа предмета, искажают его форму и пропорции, а с другой - представляют собой усвоенный ребенком графический штамп, не отражающий реального предмета. Особенно показательным является тот факт, что дети, даже умеющие рисовать, не используют в своих рисунках цвет ни как средство изображения, ни как средство эмоциональной выразительности.

Элементы трудовой деятельности (прежде всего навыки самообслуживания) у умственно отсталых дошкольников *начинают формироваться под влиянием требований окружающих.* Этот процесс требует значительных усилий со стороны родителей и воспитателей. Поэтому в семье, как правило, идут по линии наименьшего сопротивления: родители сами раздевают, одевают, кормят ребенка.

Однако существуют семьи, в которых родители пытаются ставить перед ребенком определенные задачи и добиваются некоторых успехов. Поэтому умственно отсталые дошкольники имеют разный уровень овладения навыками самообслуживания. Характер умений и навыков таких детей заслуживает более детального рассмотрения. Движения детей, связанные с самообслуживанием, неуверенные, нечеткие, часто замедленные или, наоборот, беспорядочно суетливые, недостаточно целенаправленные. Сильно выражена несогласованность движений обеих рук. В ряде случаев даже у старших дошкольников нет понимания последовательности и логики всех действий, входящих в навык. Например, при умывании дети берут сухое мыло и, не намочив его, кладут на место, а затем открывают кран. Страдает и характер каждого отдельно взятого действия, входящего в состав навыка. Например, умея пользоваться ложкой, ребенок держит ее, зажав в кулак, набирает неумеренное количество пищи и большую ее часть разливает, не донеся до рта.

С точки зрения сформированности элементов трудовой деятельности умственно отсталые дети старшего дошкольного возраста представляют собой еще более неоднородную категорию. Но тот факт, что дети, к которым предъявлялись последовательные требования с учетом их индивидуальных особенностей, овладевают навыками самообслуживания, свидетельствует о достаточной потенциальной возможности развития у них практической деятельности.

У умственно отсталых дошкольников развитие речи существенно отличается от развития речи у их нормально развивающихся сверстников. Отставание в развитии речи возникает у них с младенчества и продолжает накапливаться в раннем детстве. Соответственно к началу дошкольного возраста у них отсутствует готовность к усвоению письменной речи. Не сформированы такие предпосылки речевого развития, как предметная деятельность, интерес к окружающему, потребность в общении со взрослыми, не сформировано фонематическое восприятие, недостаточно развит артикуляционный аппарат. Многие умственно отсталые дети не начинают говорить не только к началу дошкольного возраста, но и к 4-5 годам. Для большинства умственно отсталых детей развитие речи в дошкольном возрасте только начинается. Первые слова появляются у них после 3 лет, фразы - к концу дошкольного возраста.

С точки зрения развития речи умственно отсталые дошкольники представляют собой весьма неоднородную категорию. Среди них имеются дети, совсем не владеющие речью, и дети с формально достаточно хорошо развитой речью. Но всех их объединяет *ограниченное понимание обращенной речи, привязанность к данной ситуации, с одной стороны, и оторванность речи от деятельности - с другой*. Речь не отражает истинных интеллектуальных возможностей ребенка, не может служить полноценным источником передачи ребенку знаний.

Фразовая речь, формирующаяся у некоторых детей, отличается большим количеством фонетических и грамматических искажений. Овладение грамматическим строем речи на протяжении дошкольного возраста, как правило, не происходит. Особенно страдает связность речи. Одной из характерных особенностей становится стойкое нарушение согласования числительных с существительными.

Пассивный словарный запас значительно превышает активный, но это касается, как правило, восприятия отдельных изолированных слов. Есть слова, которые умственно отсталый ребенок произносит с опорой на картинку, но не понимает, когда их произносит другой человек, вне привычной ситуации. Это свидетельствует о том, что у *умственно отсталых дошкольников длительное время сохраняется ситуативное значение слова*. Семантическая нагрузка слова у них значительно меньше, чем у нормально развивающихся сверстников.

Без специального обучения у умственно отсталых дошкольников *совсем не развивается регулирующая функция речи*. Во многих случаях наблюдаем эхолическая речь. Речь умствен-

но отсталых дошкольников настолько слабо развита, что не может осуществлять и свою важнейшую функцию - коммуникативную. К сожалению (и это характерно для умственно отсталых дошкольников, в отличие, например, от дошкольников с нарушением слуха), недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется другими средствами общения, в частности мимико-жестуляторными. Амимичное (лишенное мимики) лицо, плохое понимание жеста, употребление лишь примитивных стандартных жестов характерно для этой категории детей.

Таким образом, без специального дошкольного обучения и воспитания умственно отсталые дети достигают школьного возраста с существенными речевыми нарушениями.

У умственно отсталого ребенка в раннем детстве *не складываются те предпосылки, которые обеспечивают нормальное формирование личности* у его сверстников. Такие предпосылки лишь начинают возникать в старшем дошкольном возрасте. Естественно, что в этом случае личность умственно отсталого дошкольника формируется с большими отклонениями как в сроках и темпах развития, так и качественно.

К началу дошкольного возраста, когда нормально развивающийся ребенок 3 лет начинает осознавать собственное «Я», у умственно отсталого ребенка практически еще нет никаких личностных проявлений, его поведение носит произвольный характер. После 4 лет, когда у умственно отсталых начинает развиваться интерес к окружающему, формируются элементарные действия с предметами, возникают первые проявления самосознания, отделения своего «Я», которые выражаются, как правило, в негативных реакциях на замечания, порицания, неудачу. Систематическое переживание неуспеха ведет к формированию патологических черт личности - к отказу от всякой деятельности, пассивности, замкнутости, агрессивности или, наоборот, заискиванию перед взрослым или более сильным. Появляются угодливость, негативизм, озлобленность.

Совсем по-иному, чем в норме, складывается у умственно отсталых дошкольников общение со взрослыми и сверстниками. Ограниченность средств общения (как речевых, так и неречевых), непонимание игровой ситуации ведут к тому, что умственно отсталые дети становятся отверженными в коллективе сверстников. Желание самоутвердиться, характерное для детей этого возраста, приобретает патологические формы: с одной стороны, они становятся озлобленными и могут вести себя жестоко по отношению к более слабым, а с другой - развивающийся комплекс неполноценности делает их еще более

отверженными в среде сверстников. В поведении умственно отсталых дошкольников, как правило, превалируют сиюминутные желания, импульсивные действия.

2.5. ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Рассмотрим более подробно организацию специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи.

Типовым положением о дошкольных учреждениях и группах детей с нарушениями речи определены три профиля специальных групп:

- 1) группы для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН) - у детей присутствуют нарушения звукопроизношения, осложненные фонематической недостаточностью;
- 2) группы для детей с общим недоразвитием речи (ОНР) - у ребенка отмечается несформированность всей речевой системы, не развиваются словарь, грамматический строй, связная речь, звукопроизношение;
- 3) группы для детей с заиканием.

1. Группы для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН)

Под фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФН) принято понимать *нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.*

В группы ФФН направляются дети с нарушением произношения отдельных или нескольких звуков, звукосочетаний или целых групп звуков, т. е. дети с дислалией (в случаях, когда дефект исчерпывается нарушением звукопроизношения или сочетается с ринолалией). При этом отмечается не только нарушенное звукопроизношение, но и нарушение речевого дыхания, голоса, назализация - носовой оттенок (гнусавость). Дети с дизартрией, когда дефекты произношения и просодики связаны с нарушением иннервации артикуляционного аппарата (параличи и парезы органов артикуляции), также направляются в группы этого профиля.

В группу ФФН дети зачисляются на полгода или год. Преодоление фонетико-фонематического недоразвития достига-

ется целенаправленной логопедической работой по коррекции звукопроизношения и развитию фонематического восприятия. Система обучения и воспитания таких детей включает коррекцию речевого дефекта и подготовку к полноценному овладению грамотой.

Раннее выявление детей с нарушенным фонетико-фонематическим восприятием и оказание им необходимой помощи - залог успешного дальнейшего овладения чтением и письмом.

Коррекционное обучение предусматривает развитие круга знаний и представлений об окружающем, развитие словаря, звукового анализа и синтеза, речевых умений и навыков, которые должны быть усвоены детьми на данном возрастном этапе.

К моменту поступления в школу дети, прошедшие специальный курс воспитания и обучения в такой группе, умеют различать и дифференцировать на слух и в произношении все фонемы родного языка, осознанно контролировать звучание чужой и собственной речи, последовательно выделять звуки из состава слова, самостоятельно определять его звуковые элементы. Дети учатся распределять внимание между разными звуковыми раздражителями, удерживать в памяти порядок звуков и их позицию в слове.

2. Группы для детей с общим недоразвитием речи (ОНР)

Общее недоразвитие речи - собирательный термин для сводной группы детей, общим для которых является *нарушение формирования всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне (звукопроизношение, словарь, грамматический строй, связная речь) при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте.*

Речевое недоразвитие у детей дошкольного возраста бывает разной степени: полное отсутствие общеупотребительной речи (1 уровень ОНР, по Р.Е.Левиной); ее частичная сформированность - незначительный словарный запас, аграмматичная фраза (2 уровень ОНР); развернутая речь с элементами недоразвития, которые выявляются во всей речевой (языковой) системе, - словаре, грамматическом строе, связной речи и звукопроизношении (3 уровень ОНР). При нерезко выраженном недоразвитии отмечается лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая несформированность речи.

Группы детей с ОНР комплектуются с учетом возраста и степени речевого недоразвития. Дети с 1 уровнем ОНР зачисляются в специальное дошкольное учреждение с 3 лет на 3-4 года обучения. Дети со 2 уровнем ОНР - с 4 лет на 3 года обу-

чения. Дети с 3 уровнем недоразвития речи (с нерезко выраженными нарушениями речи) зачисляются с 4-5 лет на 2 года коррекционного обучения. В настоящее время основной контингент специальных групп составляют дети преимущественно с 3 уровнем общего недоразвития речи.

Характерным для таких детей является недифференцированное произношение звуков, замена звуков более простыми по артикуляции. Отмечается нестойкость замен (в разных словах звук произносится по-разному), сочетание нарушенного и правильного произношения. Структура многосложных слов часто упрощена, сокращена, имеются пропуски слогов. На фоне относительно развернутой речи выявляются неточность употребления слов и словосочетаний по смыслу, нарушение лексической системности, затруднения в словообразовании и словоизменении.

В активном словаре преобладают имена существительные и глаголы. Дети испытывают затруднения при использовании абстрактной и обобщающей лексики, в понимании и употреблении слов с переносным смыслом, не используют в речи синонимы, антонимы.

Дети с ОНР не могут спонтанно выйти на онтогенетический путь развития речи, свойственный нормально развивающимся детям. Развитие речи при ОНР в ряде случаев идет на фоне нарушения деятельности центральной нервной системы. Коррекция их речи - длительный процесс, направленный на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения.

Для правильного понимания имеющегося нарушения и эффективного коррекционного воздействия, для выбора рациональных приемов и методов воздействия необходимо четко определить характер имеющегося у ребенка речевого недоразвития, его глубину и степень, уметь правильно анализировать, какие компоненты речи и в какой степени нарушены или не сформированы.

В сводной группе детей с общим недоразвитием речи подавляющее большинство составляют дети с моторной и сенсорной алалией, но могут оказаться и дети с ринолалией и дизартрией, если у них кроме нарушения звукопроизводительной стороны выявляется и лексико-грамматическая неполноценность. Таким образом, ринолалия и дизартрия могут проявляться двояко: в виде фонетико-фонематической неполноценности и в виде общего недоразвития речи.

Эффективная логопедическая помощь детям с ОНР может быть осуществлена только при условии комплексного медико-

психолого-педагогического воздействия, при раскрытии структуры речевой недостаточности и при дифференцированном подходе к ее преодолению.

3. Группы для заикающихся детей

В группы для заикающихся поступают дети с тяжелым нарушением речи, при котором наблюдаются расстройство ритма, темпа и плавности, произвольные остановки или повторения отдельных звуков или слогов в момент произношения.

Заикание определяют как *судорожное нарушение темпоритмической организации речи органического (неврозоподобное заикание) или функционального характера (невротическое заикание, логоневроз)*. При любой форме заикания страдает центральная нервная система. Как и другие дефекты речи, заикание преобладает у мальчиков, в среднем это соотношение составляет примерно 4:1.

Комплексное воздействие при заикании проводится в следующих направлениях: лечебное укрепление центральной нервной системы (медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, ЛФК); логопедические занятия по выработке самостоятельной, свободной от заикания речи (обычно работа в специальных группах проводится в течение 10 мес-года), работа воспитателя тесно связана с работой логопеда, работа с родителями; логопедическая ритмика.

В процессе обучения и воспитания большое внимание уделяется развитию психических процессов и функций ребенка: внимания, восприятия, памяти, мышления и внутренней речи, участвующих в развитии интеллекта и личности ребенка в целом. Работа направляется на развитие всех видов деятельности ребенка, в том числе и речи как одного из видов деятельности. Воздействие способствует нормализации взаимоотношения ребенка с окружающими. Как и при других нарушениях, преобладает преимущественная игровая форма работы.

В ряде случаев особое внимание обращается на терапию семьи, под чем понимаются нормализация семейных взаимоотношений, выработка правильного родительского подхода к ребенку с заиканием, определение согласованных требований к речи и поведению ребенка.

Система работы с заикающимися ныне проводится по программе, предложенной С.А.Мироновой. В основе этой программы одновременная работа над речью и изобразительная деятельность детей. Нормализация деятельности и ее речевое сопровождение (речь, сопровождающая действие, завершаю-

шая, планирующая) способствуют преодолению заикания. Работа ведется согласно годовой программе по изобразительной деятельности, которая в свою очередь ориентирована на поквартальное планирование.

Режим работы дошкольного специального учреждения, в том числе воспитательские и логопедические занятия, занятия музыкой и физкультурой, подчинены одной цели - преодолению запинок, нормализации темпо-ритмической организации речи.

Как правило, заикающиеся зачисляются в специализированные группы дошкольного учреждения с двух лет, срок пребывания в детском саду - один год, на это и ориентирует программа, составленная С.А.Мироновой. Заикающихся детей более старшего возраста (5 лет и старше) зачисляют в специальную группу со сроком занятий 2 года.

Логопедическое воздействие, направленное на преодоление заикания и связанных с ним личностных и поведенческих особенностей детей, помогает им социально адаптироваться в среде правильно говорящих сверстников.

В зависимости от вида психического и речевого нарушения и возрастных особенностей детей определяются форма и организация обучения и воспитания. Приемы работы и дидактический материал подбираются в зависимости от основных задач, характера каждого определенного занятия. Коррекционные задачи подчиняются общеобразовательной программе, гармонично с ней сочетаются.

По мере обучения и воспитания дети приобретают сенсорный и речевой опыт, который закрепляется и воспитателем, и логопедом, и дошкольным дефектологом, а также психологом (если такой специалист в учреждении есть).

Программой специального детского сада предусмотрено ознакомление детей с окружающим миром, развитие речи, ознакомление с художественной литературой, развитие элементарных математических представлений и другие разделы. Проводятся занятия по изобразительной деятельности и конструированию, физкультурные и музыкальные занятия, которые также дают большие возможности для коррекции имеющихся у детей нарушений.

Зрительное восприятие детей развивается с помощью действий, направленных на обследование предмета, ознакомление с его строением и функциями, с его качественными характеристиками. От зрительного восприятия переходят к аналитико-синтетической работе: выделение составляющих предмет элементов, их сравнение, установление сходства и различия и т.д.

Слуховое внимание и фонематическое восприятие развиваются системой специальных упражнений при их постепенном усложнении: привлекается внимание детей к неречевым, а затем речевым звукам, детей учат дифференцировать звуки, сначала далекие, а затем и близкие по звучанию (вначале формируются более грубые дифференцировки, а затем все более тонкие, применительно к аналитической деятельности всех видов: слуховые, зрительные, тактильные ощущения).

Особое внимание обращается на формирование у ребенка деятельности. Развивается ориентировочная основа деятельности, на которую опираются в дальнейшей работе, вырабатываются ориентировка в задании, умение планировать и контролировать выполняемые операции.

2.6. ДРУГИЕ ФОРМЫ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Работа с родителями. Каждый этап развития проблемного ребенка и форма имеющегося у него нарушения диктуют специфику работы семьи с ребенком, а также психотерапевтической работы дефектолога (или психолога) с семьей.

Семья не всегда понимает своеобразие личности ребенка, неадекватно оценивает его возможности, завышая или занижая их. У некоторых родителей отмечается негативное отношение к рекомендуемым оздоровительно-воспитательным мерам воздействия, неверие в успех работы с ребенком. У одних родителей нет желания, у других - возможности заниматься с ребенком. Есть родители, которые хотят заниматься с ребенком, имеют условия для этого, но не знают конкретно, что могут и должны делать. В связи с этим дошкольный дефектолог (или практический психолог) и вообще педагоги дошкольных учреждений должны вести работу с родителями, а иногда и оказывать психотерапевтическую помощь семье. Педагоги должны проводить собрания родителей, организовывать индивидуальные разъяснительные беседы, массовые мероприятия, праздники, показательные индивидуальные и групповые занятия, оформлять тематические стенды и т.д.

Необходимо всестороннее взаимодействие дошкольного учреждения и семьи с целью укрепления психического и физического здоровья детей, их полноценного развития, коррекции трудностей их поведения. Процесс взаимодействия роди-

телей и педагогов обеспечивает наиболее благоприятные условия для полноценного развития детей.

Для согласованности требований дошкольного учреждения и семьи используются различные формы взаимодействия: посещение педагогом семьи, а родителями - детского сада, беседы с родителями, консультации специалистов, родительские собрания, проведение открытых занятий и т.д. В последнее время активно внедряется новая форма взаимодействия в рамках педагогики сотрудничества - организация клубов по интересам для совместной работы взрослых и детей на базе дошкольного учреждения: спортивный, фольклорный клубы и др. Практикуется руководство родителей студийными занятиями детей: танцевальные, музыкальные, театральные кружки, студии изобразительной деятельности и др.

Совместная работа педагогов и родителей - неотъемлемая часть педагогического процесса. Родительские собрания в дошкольном учреждении проводятся, как правило, не реже 3 раз в год: в начале сентября родители знакомят со структурой учреждения, задачами и основным содержанием работы, правилами и распорядком дня детей в детском саду. Это собрание обычно проводит заведующий учреждением с родителями всех групп. В октябре предусмотрено проведение групповых собраний педагогами, логопедами, психологом. Родителей конкретно ориентируют в состоянии ребенка и в той работе, которую они должны проводить параллельно со специалистами и под их руководством.

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

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

Родители и педагоги должны знать возрастные закономерности формирования психики ребенка, структуру и характер возможных отклонений в процессе этого развития, приемы и методы коррекции и компенсации нарушенных функций.

* Работа с ребенком, имеющим отклонение в развитии, должна быть пронизана психотерапевтическим воздействием. Ребенок

должен иметь мотивацию к занятиям, должен замечать свои успехи, радоваться им. У ребенка должно быть радостное ожидание успеха и похвалы, удовольствие от выполненной работы. Коррекционная работа подразумевает прямую и косвенную психотерапию, индивидуальное и групповое воздействие.

Коррекционное воспитание и обучение имеет своей целью формирование психических функций ребенка и обогащение его практического опыта наряду с преодолением имеющихся нарушений моторики, речи, сенсорных функций, поведения и др. Специальное воспитание и обучение направлено на предупреждение возможных вторичных отклонений, которые могут появиться из-за своевременно не преодоленной недостаточности по подготовке детей к обучению и к жизни в обществе.

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

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

Важно, чтобы ребенок не чувствовал себя исключительным или обделенным, ибо это неблагоприятно сказывается на его общем личностном развитии. Установка родителей на изоляцию ребенка с отклонениями в развитии от коллектива сверстников, общения с ними является тормозом в развитии ребенка. Родители детей с отклонениями в развитии должны получать квалифицированную помощь специалистов, направленную на приобретение ими необходимых знаний и навыков в работе по преодолению имеющегося у ребенка нарушения.

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

Анамнез таких детей часто бывает неизвестен или фрагментарен. По имеющимся неполным данным, определяются следующие факторы, вызвавшие отклонения в развитии ребенка: алкоголизм родителей, наличие у них психических, венерических или тяжелых соматических заболеваний, патология беременности, родов, общая соматическая ослабленность, генетические

заболевания в послеродовом периоде и т.д. Из-за неблагоприятных бытовых условий, социальной и педагогической запущенности у детей отсутствует опыт межличностного общения, ограничены возможности усвоения социальных ролей, которые в нормальных условиях формируются у детей подражательно.

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

Иногда у детей имеется задержка формирования психо моторных функций: они с трудом одеваются и раздеваются, не могут застегнуть пуговиц, завязать шнурок. В ряде случаев эти трудности усугубляются пространственной неполноценностью, неразличением правой и левой сторон.

У подавляющего большинства детей отсутствуют навыки индивидуальной и коллективной игры. У таких детей не развито внимание к неречевым и речевым звукам, имеется недоразвитие речи в той или иной степени.

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

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

Однако, как установлено специальными исследованиями, при условии оказания специальной помощи проблемным детям, детям группы риска, детям с особыми нуждами их недостатки могут быть устранены или в достаточной степени сглажены. Решению этой проблемы способствует организация в массовых детских садах медицинской и психолого-педагогической службы.

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

В теории и практике дошкольной коррекционной педагогики особую значимость имеют проблемы *интеграции* детей с отклонениями в развитии в системе обучения и в обществе в целом. Для решения этих проблем необходима реорганизация медико-психолого-педагогической диагностической, профилактической, социальной работы, включая патронажную службу применительно к разным категориям детей дошкольного возраста с проблемами в развитии.

За последние годы заметно расширилась система дошкольных учреждений для детей с отклонениями в развитии, улучшилось ее кадровое обеспечение, однако перед дошкольной коррекционной педагогией стоит ряд важных задач.

Нарушения развития детей характеризуются все большим разнообразием по механизмам, степени выраженности, структуре и симптоматике. Это вызывает необходимость их углубленного изучения не только до, но и в процессе их коррекционного воспитания и обучения.

Предстоит совершенствовать экспресс-диагностику в системе комплексного изучения детей с одновременным учетом состояния интеллектуальной, сенсорной и аффективно-волевой сфер. По каждому разделу важно разработать диагностические и прогностические показатели.

Существующая ныне в стране система дошкольного воспитания и обучения детей с нарушениями развития ориентируется на здоровые силы ребенка, его потенциальные возможности. Эта система является комплексной, коррекционно-развивающей. Ее характеризует дифференцированность и интегрированность. Интегрированный характер дошкольного коррекционного воздействия реализуется объединением усилий

специалистов разного профиля, направленных на изучение и обучение детей с отклонениями в развитии, комплексностью решения образовательно-воспитательных и коррекционно-развивающих задач, их взаимосвязью и взаимообусловленностью, усилением внутрисубъектных и междисциплинарных связей посредством проведения интегрированных, комплексных занятий (по развитию изобразительной деятельности и речи, музыкальных и физкультурных занятий, по подготовке к обучению грамоте и конструированию и т.д.).

Интеграция в обучении детей с различными отклонениями в развитии является средством, обеспечивающим социальную адаптацию таких детей в дальнейшем. Под интеграцией понимается создание благоприятных условий для развития и саморазвития ребенка, выбор в соответствии с возможностями и потребностями ребенка типа учебной программы при переходе от дошкольного обучения и воспитания к школьному.

Ребенок с его особенностями и потенциальными возможностями - активно действующий субъект, а его воспитание - процесс управления его личностным развитием. Пути и организационные формы дошкольной интеграции различны, в том числе реорганизация системы типовых коррекционных образовательных учреждений с возможностью гибкого использования педагогом разных программ и приемов работы, создание новых моделей альтернативных учреждений (прогимназии, минишколы, детские сады с набором дополнительных услуг, с реализацией работы по выбранным приоритетам и др.).

В настоящее время выявлены и научно обоснованы основные условия, способствующие успешной интеграции детей с отклонениями в развитии. Конспективно, как наиболее важное, можно назвать следующие: раннее выявление нарушений в развитии и организация раннего коррекционно-воспитательного воздействия, начиная с первых месяцев жизни (будь то ребенок с сенсорной, двигательной или иной патологией); обоснованный отбор детей, определение тех, кто нуждается в воспитании в специально организованных условиях, в специализированных дошкольных учреждениях - это дети с наиболее тяжелыми отклонениями в развитии, - и определение тех, кто может быть вместе с нормальными детьми.

Такой отбор предусматривает учет характера первичного дефекта, особенности появления вторичных отклонений, уровня интеллектуального и речевого развития, возможностей обучаемости ребенка и т.д.

Важным условием интеграции является возможность включения семьи в коррекционную работу с ребенком.

Необходимо наличие вариативных учебных планов, программ, пособий для воспитания и обучения ребенка с отклонениями в развитии. Модели интегрированного обучения возможны различные: комбинированная, частичная и временная интеграция в условиях специальных дошкольных групп при массовых учреждениях (обычных детских садах), полная интеграция ребенка с проблемами в коллективе нормально развивающихся сверстников. В условиях интегрированного обучения и воспитания каждый ребенок должен получать помощь, адекватную имеющимся у него нарушениям. За продвижением такого ребенка в условиях интегрированного воспитания и обучения необходимы постоянный контроль, динамическое наблюдение.

В настоящее время в стране нет пока достаточных условий для обеспечения интегрированного обучения детей дошкольного возраста во всей полноте понимания проблемы интеграции. Видимо, это дело будущего. С уверенностью можно утверждать, что интегрированное обучение и воспитание является адекватной формой далеко не для всех детей с особыми нуждами, а только для части их.

Контрольные вопросы

1. Что понимается под комплексным подходом к устранению нарушений развития?
2. Охарактеризуйте роль общения в развитии речи и личности ребенка.
3. Назовите основные принципы коррекционного воздействия на детей с отклонениями в развитии дошкольного возраста.
4. Назовите основные виды нарушений развития ребенка.
5. Охарактеризуйте основные виды нарушений речи.
6. Охарактеризуйте особенности личности умственно отсталого дошкольника.
7. Какие задачи ставятся при работе с умственно отсталыми детьми дошкольного возраста?
8. В чем специфические особенности развития речи умственно отсталого ребенка?
9. Охарактеризуйте систему специальной помощи детям дошкольного возраста с отклонениями в развитии.
10. Что понимается под интегративным обучением и воспитанием детей?
11. Какие виды (формы) работы с родителями детей с отклонениями в развитии используются в специальном дошкольном учреждении?
12. Проанализируйте особенности развития ребенка вне семьи (в детском доме).
13. С чем связаны нарушения звукопроизношения у детей?

Глава 3

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ УЧАЩИХСЯ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

3.1. ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Одной из актуальных проблем современной школы остается проблема повышения эффективности учебно-воспитательного процесса и преодоление школьной неуспеваемости. Ее решение предполагает совершенствование методов и форм организации обучения, поиск новых, более эффективных путей формирования знаний, которые учитывали бы реальные возможности учащихся и условия, в которых протекает их учебная деятельность. Особенно актуальной эта проблема становится в связи с появлением альтернативных учебных заведений и введением государственных стандартов на все виды образования.

Происходящие социально-экономические изменения в жизни нашего общества, постоянное повышение требований к уровню общего образования обострили и проблему школьной неуспеваемости. Практика показала, что несмотря на большое внимание, уделяемое совершенствованию содержания образования и методик обучения, оснащению школьных кабинетов современными техническими средствами обучения, улучшению условий труда учителей, учить всех и учить хорошо при существующей традиционной организации учебного процесса невозможно.

Количество учащихся, которые по различным причинам оказываются не в состоянии за отведенное время и в необходимом объеме усвоить учебную программу, постоянно увеличивается и, по данным разных исследователей, колеблется в пределах 20%-30% общего числа детской популяции младшего школьного возраста. По данным Министерства образования РФ (1995), 78% школьников нуждаются в специальных формах и методах обучения.

Неуспеваемость, возникающая на начальных этапах обучения/создает реальные трудности для нормального развития ребенка, так как, не овладев основными умственными опера-

циями и навыками, учащиеся не справляются с возрастающим объемом знаний в средних классах и вследствие усугубляющихся трудностей на последующих этапах выпадают из процесса обучения.

Необходимо правильно и своевременно диагностировать причины неуспеваемости в каждом индивидуальном случае и по возможности устранять или корректировать их последствия.

Сложившаяся традиционная система образования в нашей стране предусматривала, помимо общеобразовательных школ для всех учащихся (с вариантами профилированного обучения для одаренных и способных детей), организацию для детей с выраженными нарушениями развития специальных общеобразовательных коррекционных учебных заведений 12 типов, профилированных в зависимости от характера нарушения развития ребенка и степени его выраженности. Детские сады, школы и школы-интернаты для детей с нарушениями зрения, слуха, речи, интеллектуального развития, опорно-двигательного аппарата в основном решали проблему обучения, воспитания и социальной адаптации лиц данной категории. Вместе с тем в связи с процессами интеграции в обучении наметилась тенденция к уменьшению вариативности таких учебных заведений.

Глобальный подход к реализации идеи интегрированного обучения может служить объяснением наблюдающейся в последние годы тенденции усиления неоднородности состава учащихся общеобразовательной школы по уровню умственного, речевого и в целом психического развития. Такое положение во многом обусловлено тем, что в эту школу попадают учащиеся с парциальными нарушениями развития, те, которые раньше обучались в специальных учебных заведениях.

Как показывают исследования, среди неуспевающих учащихся есть школьники с педагогической запущенностью, задержкой психического развития, неярко выраженными сенсорными, интеллектуальными, речевыми нарушениями, причинами которых являются остаточные поражения центральной нервной системы, минимальные мозговые дисфункции. Дети с задержкой психического развития составляют примерно 50% неуспевающих школьников. Для их обучения созданы специальные учебные заведения - школы и классы выравнивания (в последние годы - классы коррекционно-развивающего обучения).

В современных условиях с учетом вышесказанного особую социальную и педагогическую значимость приобретает проблема целесообразности и эффективности дифференцированных форм организации обучения. Одной из острейших явля-

ется проблема определения критериев отбора таких учащихся в классы и группы, где были бы созданы необходимые условия для их успешного обучения, а в дальнейшем - и социальной адаптации.

Система дифференцированного обучения находится в процессе становления, вслед за специальными школами и классами для детей с ЗПР появились другие образовательные формы и структуры для детей с различными трудностями в обучении (классы коррекции, компенсирующего обучения, реабилитации, педагогической поддержки). В этих классах внедряются программы, дополняющие учебный процесс различными средствами поддержки учащихся (психологической, логопедической, коррекционно-педагогической).

Рассмотрим более подробно одну из наиболее многочисленных групп неуспевающих школьников - детей с задержкой психического развития (ЗПР).

Изучение детей этой категории началось сравнительно недавно - в конце 50-х годов нашего века. Ряд исследователей (Т.А.Власова, М.С.Певзнер, К.С.Лебединская, В.И.Лубовский и другие) выявили среди неуспевающих младших школьников учащихся, неуспеваемость и особенности поведения которых часто давали основание считать их умственно отсталыми. Эти ученики были объединены в особую категорию. В ходе дальнейших исследований Т.А.Власова и М.С.Певзнер выделили две наиболее многочисленные группы и охарактеризовали их как детей с *психофизическим и психическим инфантилизмом*.

В первую группу вошли дети с *нарушенным темпом физического и умственного развития*. Исследователи высказали мнение о том, что задержка их развития вызвана медленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки. Эти дети уступают сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и в волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, отличаются низкой работоспособностью. Отставая в учении, они становятся более нервными и все более «трудными» для учителей.

Вторую группу составили учащиеся с *функциональными расстройствами психической деятельности* (цереброастенические состояния), которые чаще всего являются следствием мозговых травм. Для этих школьников характерна слабость основных нервных процессов, хотя глубоких нарушений познавательной деятельности у них нет и в периоды хорошего состояния они добиваются высоких результатов в учебе.

На основе проведенных исследований были разработаны рекомендации для учителей по работе с детьми, имеющими подобные отклонения в развитии. Позднее такие учащиеся были выделены в категорию детей с задержкой психического развития.

Подобные дети обратили на себя внимание исследователей еще в прошлом столетии. Они описывались под разными названиями: «псевдоненормальные», «отстающие в педагогическом отношении», «запоздавшие», «малограмотные», а также как дети, занимающие промежуточное положение между «малограмотными» и «ненормальными» (A.Binet, T.Simon), дети «пограничной черты» (L.Fairfield). В отечественной литературе для обозначения подобных состояний использовались термины «дети с пониженным общим развитием и недостаточностью отдельных функций» (И.Борисов); переходные формы между нормой и дефективностью; «субнормальные» дети (А.И.Граборов); «слабоодаренные» (В.П.Кашенко, Г.В.Мурашов); «умственно недоразвитые», находящиеся между дебилами и нормальными детьми (П.П.Блонский). Термины «задержка темпа психического развития», «задержка психического развития» были предложены Г.Е.Сухаревой.

Основной причиной отставания являются слабовыраженные (минимальные) органические повреждения головного мозга, врожденные или возникшие во внутриутробном, родовом или в раннем периоде жизни ребенка, а в некоторых случаях и генетически обусловленная недостаточность центральной нервной системы и ее основного отдела - головного мозга; интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и т.п., которые ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают легкие церебральные органические повреждения. Неблагоприятные социальные факторы, включая неблагоприятные условия воспитания, дефицит информации и т.п., усугубляют отставание в развитии, но не представляют собой единственную или хотя бы основную его причину.

Выявлению пограничных состояний интеллектуальной недостаточности способствует рост требований, предъявляемых обществом к личности ребенка и подростка (усложнение школьных программ, более ранние сроки начала обучения и т.п.).

Задержка психического развития является одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста. Чаще она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или в школе, особен-

но в возрасте 7-10 лет, так как этот возрастной период обеспечивает большие диагностические возможности.

В медицине ЗПР относят к группе пограничных форм интеллектуальной недостаточности. С точки зрения клиницистов это состояние характеризуется прежде всего замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности. Широко использовавшийся ранее термин «временная задержка психического развития» применим лишь к части случаев ЗПР, наиболее тесно примыкающей к норме, тогда как большая их часть отличается более стойкой, хотя и легкой интеллектуальной недостаточностью и менее выраженной тенденцией к компенсации и обратимому развитию, возможной только в условиях специального обучения и воспитания. Однако и эти состояния имеют свои клиничко-психологические особенности, и при них наблюдается тенденция к сглаживанию интеллектуального дефекта.

Едиными принципами систематики пограничных форм интеллектуальной недостаточности в настоящее время наука не располагает. Г.Е.Сухарева, исходя из этиопатогенетического принципа, выделила следующие *формы нарушения интеллектуальной деятельности* у детей с задержанным темпом развития:

- 1) интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма;
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения, письма;
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы.

М.С.Певзнер в группе детей с ЗПР описывает разные *варианты инфантилизма*, интеллектуального нарушения при цереброастенических состояниях, дефектах слуха, речи, отклонениях в характере и поведении.

К. С. Лебединская предложила клиническую систематику детей с ЗПР. Ею было выделено четыре основных варианта ЗПР - *конституционального, соматогенного, психогенного и церебро-органического происхождения*. Эти варианты отличаются друг от друга особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов данной аномалии развития: типом инфантилизма и характером нейродинамических расстройств.

На основе патогенетического принципа В.В.Ковалев все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно разделил на четыре группы:

- 1) дизонтогенетические формы, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного развития ребенка;
- 2) энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- 3) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (слуха, зрения) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;
- 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («социокультурная умственная отсталость», по терминологии, принятой Американской ассоциацией по проблеме умственной неполноценности).

Термин «задержка» подчеркивает временной (несоответствие уровня психического развития паспортному возрасту ребенка) и вместе с тем временный характер самого отставания, которое преодолевается с возрастом и тем успешнее, чем раньше создаются специальные условия для обучения и воспитания этих детей.

ЗПР проявляется в несоответствии интеллектуальных возможностей ребенка его возрасту. Эти дети не готовы к началу школьного обучения по своим знаниям и навыкам (в том числе и навыкам интеллектуальной деятельности), личностной незрелости, поведению. Они испытывают значительные трудности в обучении, им трудно соблюдать принятые в школе нормы поведения. Учебные трудности усугубляются ослабленным состоянием их нервной системы - у них наблюдается нервное истощение, следствием чего являются быстрая утомляемость, низкая работоспособность, отказ от выполнения уже начатой деятельности; часто возникают головные боли. Все это в совокупности ведет к повышенной отвлекаемости, быстрой утомляемости, пониженной работоспособности.

Снижение работоспособности и неустойчивость внимания у детей этой категории имеют разнообразные индивидуальные формы проявления. Так, у одних детей максимальное напряжение внимания и наиболее высокая работоспособность обнаруживаются в начале выполнения задания и неуклонно снижаются по мере продолжения работы; у других - наибольшее сосредоточение внимания наступает после некоторого периода деятельности (т.е. им необходим как бы период

«вработывания»); у третьей группы учащихся отмечаются периодические колебания внимания и неравномерная работоспособность на протяжении всего выполнения задания.

Особенности внимания детей с ЗПР проявляются в его неустойчивости, повышенной отвлекаемости, неустойчивой концентрации на объекте. Наличие посторонних раздражителей вызывает значительное замедление выполняемой этими учащимися деятельности и увеличивает количество ошибок.

У детей с ЗПР наблюдается и более *низкий* (по сравнению с нормой) *уровень развития восприятия*, что проявляется в недостаточности, ограниченности, фрагментарности знаний детей об окружающем мире, в затруднениях при узнавании предметов, находящихся в непривычном ракурсе, контурных и схематических изображений, особенно если они перечеркнуты или накладываются друг на друга.

Эти дети не всегда узнают и часто смешивают сходные по начертанию буквы и их отдельные элементы, часто ошибочно воспринимают сочетания букв и т.д.

По мнению ряда зарубежных психологов, это отставание в развитии зрительного восприятия является одной из причин трудностей в обучении, испытываемых детьми с ЗПР.

Изучение процессов памяти показало *недостаточную продуктивность произвольной памяти*, малый объем памяти, неточность и трудность воспроизведения.

Выраженное отставание и своеобразие обнаруживается и в развитии познавательной деятельности этих детей. У них наблюдается *отставание в развитии всех форм мышления*; к началу школьного обучения у этих детей, как правило, не сформированы основные мыслительные операции - анализ, синтез, сравнение, обобщение. Выявлено снижение познавательной активности.

Большинство детей страдают *дефектами звукопроизношения*, наблюдается бедный словарный запас. При использовании даже имеющихся в словаре слов они часто допускают ошибки, связанные с неточным, а иногда и неправильным пониманием смысла слов. Учащиеся с ЗПР слабо владеют грамматическими обобщениями, в их речи часто встречаются неправильные грамматические конструкции. Эти дети почти не используют в своей речи некоторых грамматических категорий, испытывают трудности в понимании и употреблении сложных логико-грамматических конструкций.

Своеобразно и *поведение* детей с ЗПР. В школе они продолжают вести себя как дошкольники. Учебная мотивация у "них" отсутствует или выражена крайне слабо, не наблюдается положительного отношения к школе.

Ведущей деятельностью для них остается игра. К началу систематического обучения у детей с ЗПР не формируется высшая форма игровой деятельности - сюжетно-ролевая игра, которая, по существу, и готовит ребенка к выполнению нового вида деятельности - учебной. Даже при организации игры взрослыми или нормально развивающимися ровесниками эти дети не всегда оказываются в состоянии выполнить взятую на себя роль, переходят от одной роли к другой или начинают осуществлять манипулятивную деятельность.

В большинстве случаев та индивидуальная работа, которая проводится с учеником в условиях общеобразовательной начальной школы, не ведет к преодолению отставания в развитии, и эти дети фактически выпадают из учебного процесса.

Первые попытки специальной педагогической работы с детьми, имеющими ЗПР, были предприняты в 50-е годы в рамках экспериментальных групп при Институте дефектологии АПН СССР, где эти учащиеся, обучаясь в начальной общеобразовательной школе, получали дополнительную помощь. В те годы дети данной категории изучались преимущественно в клиническом плане, и основополагающей была концепция, согласно которой задержка психического развития связывалась с различными формами психофизического и психического инфантилизма, а также с рано возникшими церебрастеническими состояниями.

В Нижнем Новгороде проблему школьной неуспеваемости пытались решить посредством уменьшения наполняемости учебных классов, организации классов индивидуализированного обучения для учащихся 1-7 классов со стойкой неуспеваемостью. Наполняемость классов была 15-20 человек, для работы привлекались наиболее опытные и квалифицированные учителя. В Костроме открывали специальные классы для неуспевающих детей при санаторно-лесных школах, в Витебске - при медико-педагогических комиссиях и т.д.

В 1976-1981 гг. в одной из школ-интернатов Нижнего Новгорода проводился эксперимент по обучению и воспитанию самой многочисленной категории неуспевающих школьников - детей с задержками психического развития различного происхождения.

На основании полученных в ходе эксперимента данных органами образования и здравоохранения был разработан и издан ряд нормативных документов, регламентирующих деятельность специальных общеобразовательных школ-интернатов (школ с продленным днем) для детей с ЗПР. Эти документы предусматривали введение в действие Инструкции по

приему контингента учащихся в специальные общеобразовательные школы-интернаты и школы с продленным днем для детей с задержкой психического развития, Типового положения и Типового учебного плана для данных специальных общеобразовательных учебных заведений. Рекомендации о направлении учащихся в учебные заведения данного типа даются на основании заключения медико-педагогической комиссии. Названные выше документы предполагали совершенствование структуры и учебных планов этих учебных заведений; психолого-педагогическое изучение школьников в процессе обучения, своевременное выявление и устранение причин отставания в учебе и нарушений поведения; выбор для этого наиболее эффективных путей; определялись цели, задачи, особенности проведения индивидуальных и групповых коррекционных занятий с учащимися специальных учебных заведений данного типа. Целью таких занятий, предусмотренных Типовым учебным планом для данного типа специальных учебных заведений, является индивидуальная работа по коррекции развития учащихся, ликвидации пробелов их предыдущего обучения, направленная подготовка к усвоению ими учебного материала. В условиях специально организованного обучения эти дети способны дать значительную динамику в развитии и усвоить многие знания, умения и навыки, которые нормально развивающиеся сверстники набирают самостоятельно.

3.2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

Термином «**умственная отсталость**» в отечественной коррекционной педагогике обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности ребенка, возникшее на основе **органического поражения центральной нервной системы (ЦНС)**. Степень поражения ЦНС может быть различной по тяжести, локализации и по времени наступления. Другими словами, этиология патологического развития может быть самой разнообразной, а это, в свою очередь, вызывает индивидуальные особенности физиологического, эмоционально-волевого и интеллектуального развития умственно отсталого ребенка.

Проблемы изучения, обучения, воспитания и социальной адаптации детей с нарушениями интеллектуального развития разрабатываются одной из отраслей специальной педагогики -

олигофренопедагогией. Термин «олигофрения» (от греч. *olygos* - мало *upHeen* — ум) был введен в XIX в. немецким психиатром Э.Крепилином. Этот термин традиционно используется в отечественной специальной педагогике. В разных странах ему соответствуют другие термины, например в англоязычных странах - *mental retardation* - «отставание в интеллектуальном развитии».

В отечественной специальной литературе вплоть до 60-х годов наряду с термином «умственная отсталость» широко использовался (иногда используется и в настоящее время) термин «слабоумие». Термин «умственная отсталость» в отличие от термина «слабоумие» указывает не только на количественную характеристику дефекта, но и на качественную (отсталость), подразумевающую определенное положительное поступательное движение при специально созданных условиях.

Как уже отмечалось, различная структура дефекта вызывает различные виды (или степени) умственной отсталости. Наиболее многочисленную группу среди умственно отсталых детей составляют дети-олигофрены. Олигофрения - это форма умственного и "психического недоразвития, возникающая в результате поражения ЦНС (в первую очередь коры головного мозга) в пренатальный (внутриутробный), катальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития) периодах.

Причинами олигофрении могут быть различные факторы экзогенного (внешнего) и эндогенного (внутреннего) характера, вызывающие органические нарушения головного мозга. К экзогенным факторам относятся различные инфекционные заболевания матери в период беременности (вирусные заболевания, краснуха, болезнь Боткина, токсоплазмоз и др.), различные родовые травмы (например, асфиксия и др.).

Эндогенные отрицательные факторы приводят к врожденной олигофрении. К ним относятся патологическая наследственность (венерические и некоторые другие заболевания родителей), умственная отсталость обоих или одного из родителей, нарушения хромосомного набора (хромосомные аберрации), заболевания эндокринной системы (например, фенилкетонурия), несовместимость состава крови матери и ребенка по резус-фактору и др.

Особо следует отметить связь между такими асоциальными явлениями, как алкоголизм, наркомания и токсикомания родителей, и появление в этих семьях детей с различными нарушениями (в том числе и умственно отсталых). Алкоголизм и наркомания могут быть причиной умственной отста-

лости как экзогенного, так и эндогенного характера. В первом случае продукты распада алкоголя и наркотиков (токсины) благодаря общей системе кровообращения матери и плода через плаценту попадают в организм ребенка и отравляют развивающийся плод. Во втором случае длительное употребление алкоголя и наркотиков (а также их заменителей) вызывает необратимые патологические изменения в генетическом аппарате родителей и является причиной хромосомных и эндокринных заболеваний ребенка.

Специальными клиническими исследованиями было установлено, что при олигофрении ведущим симптомом является диффузное поражение коры больших полушарий головного мозга. Имеет место также и качественное нарушение нейродинамических процессов в коре головного мозга.

Диффузное поражение коры головного мозга не исключает в ряде случаев ее отдельных локальных нарушений. Все это обуславливает разнообразие нарушений в познавательной деятельности детей-олигофренов, их эмоционально-волевой сфере.

По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно выделяют три степени: идиотия, имбецильность и дебильность.

Идиотия - самая глубокая степень умственной отсталости. Детям-идиотам недоступно осмысление окружающего, речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно, в ряде случаев речевые звуки не развиваются вообще. Дети-идиоты имеют нарушения моторики (иногда очень тяжелые, вынуждающие их к лежачему образу жизни), координации движений, ориентировки в пространстве. У них крайне трудно и медленно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические навыки. Часто эти навыки не формируются вообще.

Дети-идиоты не обучаются и находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых), где им оказывается необходимая медицинская помощь, осуществляются наблюдение и уход. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в специальные интернаты для хронических больных. Государственная система помощи глубоко умственно отсталым не исключает возможности их воспитания в семье при установлении опеки.

Имбецильность является более легкой по сравнению с идиотией степенью умственной отсталости. Дети-имбецилы - обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Однако наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышле-

ния, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе.

В правовом отношении имбецилы, так же как и идиоты, являются недееспособными, над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц. До достижения совершеннолетия эти дети находятся в специальных детских домах для глубоко умственно отсталых.

В последние годы благодаря многолетним исследованиям Института коррекционной педагогики РАО РФ было установлено, что часть детей-имбецилов может овладеть определенными знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанной для них программы. Эта программа предусматривает элементарное овладение навыками чтения, письма и счета, а также некоторыми простейшими трудовыми навыками, что позволяет имбецилам в дальнейшем достаточно успешно работать в специально организованных при школах или интернатах мастерских.

Дебильность - наиболее легкая (по сравнению с идиотией и имбецильностью) степень умственной отсталости. Однако сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебиллов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы.

Изучение и усвоение учебного материала по любому предмету школьной программы для дебиллов чрезвычайно сложны. Например, овладевая устной и письменной речью, понятием числа, навыками счета, они испытывают затруднения в понимании связей между звуком и буквой, множеством и его числовым выражением и т.п. Все это физиологически обусловлено недоразвитием аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности, нарушениями фонематического восприятия и фонетико-фонематического анализа.

Усвоение даже элементарных (в объеме начальной школы) математических знаний требует достаточно высокой степени абстрактного мышления, а поскольку эта функция у детей-дебиллов нарушена, они с большим трудом овладевают простейшими математическими операциями. Отсутствие умения устанавливать адекватные причинно-следственные зависимости приводит к серьезным затруднениям даже при решении относительно простых арифметических задач.

Недостаточное развитие способностей к установлению и пониманию временных, пространственных и причинно-следственных отношений между объектами и явлениями не позволяет детям-дебиллам усваивать в объеме общеобразовательной

школы материал по таким предметам, как история, география, черчение и др. Соматические нарушения, общая физическая ослабленность (особенно на ранних годах обучения), нарушения моторики, особенности эмоционально волевой сферы, системы побудительных мотивов, характера и поведения в значительной степени ограничивают круг их последующей профессионально-трудовой деятельности.

В Российской Федерации обучение и воспитание умственно отсталых детей является частью общегосударственной системы образования. Вспомогательная школа¹ находится в системе государственных общеобразовательных детских учреждений, однако по своим задачам существенно отличается от массовой общеобразовательной школы.

Задачей вспомогательной школы является коррекция дефектов развития умственно отсталого ребенка в процессе обучения его общеобразовательным дисциплинам, профессионально-трудовой подготовки и разностороннего воспитательного воздействия на ход развития учащихся. Другой, не менее важной задачей вспомогательной школы является подготовка ее учащихся к самостоятельной трудовой деятельности по одной из рабочих профессий в условиях современного производства, т.е. социально-трудовая адаптация. Эта задача решается путем сообщения учащимся системы профессионально-трудовых знаний, умений и навыков.

Наконец, вспомогательная школа ведет особую лечебно-оздоровительную работу, направленную на укрепление и исправление общего физического состояния школьников.

Исправление недостатков познавательной деятельности умственно отсталых школьников достигается в основном педагогическими средствами в процессе обучения основам общеобразовательных дисциплин и усвоения трудовых умений и навыков. Конкретные пути обучения и воспитания умственно отсталого школьника весьма специфичны.

Олигофренопедагогика как самостоятельная педагогическая наука, разрабатывая специфические вопросы обучения и воспитания умственно отсталых детей, широко использует в своих целях достижения патофизиологии, клиники умственной отсталости, генетики, специальной психологии.

Решение проблем профессиональной ориентации, трудового обучения и воспитания учащихся, социально-трудовой адапта-

ции выпускников вспомогательной школы определяет тесное сотрудничество олигофренопедагогики с такими отраслями гуманитарных знаний, как социология и право. Это делает олигофренопедагогику наукой **социально-педагогической**.

Наличие особых задач в обучении и воспитании умственно отсталого ребенка определяет и структуру вспомогательной школы: 90% вспомогательных школ в стране - школы-интернаты. Это позволяет обеспечивать более длительное организационное воздействие на детей не только в процессе обучения, но и системе внеклассных мероприятий.

В штате школы кроме учителей-олигофренопедагогов имеются учителя профессионально-трудового обучения, физического воспитания, логопед, воспитатели, медицинские работники, вспомогательный персонал. Переход вспомогательной школы с 8-летнего на 9-летний срок обучения позволяет основной массе учащихся получать законченную профессиональную подготовку в стенах школы. Кроме того, это позволяет более успешно решать вопросы трудоустройства выпускников, так как при 9-летнем сроке обучения все выпускники достигают 16-летнего возраста, с которого по действующему трудовому законодательству разрешается прием на работу несовершеннолетних.

Наличие особых коррекционных задач вспомогательной школы отражено в **специальном учебном плане и программах**, которые существенно отличаются от массовой школы.

Основной контингент учащихся вспомогательной школы составляют **дети-олигофрены**. Ряд исследователей пытались классифицировать олигофрению по этиологическому принципу или локализации поражения. Однако для педагогической практики эти классификации оказались неприемлемыми, так как различная этиология и локализация поражения коры головного мозга могут давать одинаковые картины с психолого-педагогической точки зрения и не вооружают педагога соответствующей тактикой в процессе обучения различных групп детей.

Наиболее приемлемой для решения задач олигофренопедагогики считается классификация, разработанная известным советским дефектологом М.С.Певзнер. В основу этой классификации положен клинико-патогенетический подход. Клиническая картина включает в себя сумму факторов и их взаимодействие: этиология, характер болезненного процесса, его распространение и время поражения (последнее имеет особое значение по отношению к детям). Исходя из патогенеза, М.С.Певзнер были выделены четыре формы олигофрении.

Основная форма характеризуется **диффузным**, но относительно поверхностным поражением коры полушарий головного мозга при сохранности подкорковых образований и отсутствии изменений со стороны ликвообращения. Клинические исследования показывают, что у этой категории детей деятельность органов чувств грубо не нарушена; не отмечается грубых нарушений в эмоционально-волевой сфере, в двигательной сфере, речи. Эти особенности сочетаются с недоразвитием всей познавательной деятельности. Дети часто не осознают поставленной перед ними задачи и заменяют ее решение другими видами деятельности. Они не понимают основного смысла сюжетных картинок, не могут установить систему связей в серии последовательных картинок или понять рассказ со скрытым смыслом. Низкий уровень развития абстрактного мышления особенно отчетливо проявляется при необходимости установления сложных систем причинно-следственных связей между предметами и явлениями.

Инертность и тугоподвижность мышления играют особую роль в возникновении основного симптома при олигофрении данной формы. Ряд коррекционно-воспитательных мероприятий, направленных на преодоление инертности, с самых ранних пор должен сыграть исключительную роль в стимуляции развития таких детей.

От основной формы олигофрении заметно отличается **олигофрения с выраженными нейродинамическими нарушениями**. Это быстро возбудимые, расторможенные, недисциплинированные дети, с резко сниженной работоспособностью или крайне вялые и заторможенные, что вызвано нарушением баланса между процессами возбуждения и торможения в нервной системе.

В процессе школьного обучения выявляются трудности, возникающие за счет плохой фиксации детей на предлагаемом задании. В письме это пропуски, перестановки, персеверации, при устном счете - плохое и фрагментарное выполнение задания.

В коррекционно-воспитательной работе с этими детьми в первую очередь используются педагогические приемы, направленные на организацию и упорядочение учебной деятельности. Крайне важно выработать у ребенка *заинтересованность* и *положительное отношение к учебной деятельности*, заданию, предлагаемому учителем. Для этого, особенно в первые годы обучения, широко используются дидактический материал и игровая деятельность. Важным примером правильной организации учебной деятельности ребенка является

совместная деятельность с учителем при выполнении задания. В процессе работы с этими детьми целесообразно использовать словесную инструкцию в расчлененном (поэтапном) виде и речь (сначала учителя, а затем ребенка) как фактор, организующий учебную деятельность.

Специфическими чертами детей-олигофренов с преобладающим торможением являются вялость, медлительность, заторможенность моторики, характера познавательной деятельности, поведения в целом. Работая с такими детьми, целесообразно использовать приемы, которые *способствуют повышению их активности*. Детям следует постоянно помогать включаться в коллектив, в общую работу, давать задания, с которыми они наверняка могут справиться, стимулировать учебную деятельность, поощряя даже самые незначительные успехи.

Среди детей-олигофренов, обучающихся во вспомогательной школе, есть дети, у которых наряду с недоразвитием сложных форм познавательной деятельности отмечается также нарушенная речь. Специфической особенностью патогенеза этой формы является сочетание диффузного поражения с более глубокими поражениями в области речевых зон левого полушария.

У этих детей отмечается **апраксия** губ и языка. В дальнейшем страдает и сенсорная сторона речи. При достаточной остроте слуха эти дети не различают близкие по характеру звуки (фонемы), не могут выделить отдельных звуков из плавной речи, плохо дифференцируют сложные звуковые комплексы, т.е. имеют стойкое нарушение фонематического восприятия. Естественно, это ведет к нарушению звуко-буквенного анализа, что, в свою очередь, негативно сказывается на овладении грамотой и письменной речью.

Имеются и такие формы олигофрении, при которых диффузное поражение коры головного мозга сочетается с локальными поражениями в теменно-затылочной области левого полушария. В этих случаях клиническая картина олигофрении является крайне сложной, ибо складывается из сочетания недоразвитого мышления с нарушением пространственного восприятия. Последнее, в свою очередь, затрудняет процесс овладения представлением о числе. При этой форме олигофрении дети испытывают значительные затруднения даже при освоении простейших счетных операций. Коррекционная работа с этими детьми должна вестись в плане развития у них главным образом *пространственных представлений и понятий*.

Последнюю группу составляют дети-олигофрены, у которых на фоне недоразвития познавательной деятельности отчетливо выступает недоразвитие личности в целом. В этих

случаях резко изменена вся система потребностей и мотивов, имеются патологические наклонности. Основная патологическая особенность в этом случае заключается в том, что диффузное поражение коры головного мозга сочетается с преимущественным недоразвитием лобных долей.

При исследовании выявляется грубое своеобразное нарушение моторики - движения неуклюжи, неловки, дети не могут себя обслужить. У некоторых отмечается столь резкое изменение походки, что можно говорить об апраксии ходьбы. Движения плохо или почти не автоматизированы. Специфической особенностью этих детей является разрыв между произвольными и спонтанными движениями. Так, при полной невозможности выполнить какие-либо движения по инструкции эти же движения дети могут выполнить спонтанно. Особенности моторики этих детей дают основание предполагать, что недоразвитие лобной коры, расположенной перед моторным полем и над подкорковыми двигательными узлами, приводит к нарушению организации движения на более высоком функциональном уровне.

У этих детей также отмечаются своеобразные изменения поведения. Они не критичны, неадекватно оценивают ситуацию, лишены элементарных форм застенчивости, необидчивы. Поведение их лишено стойких мотивов. При полной сохранности сенсорной и моторной стороны речи у таких детей отмечается склонность к подражанию речи взрослых («резонерство»). Особенно нарушается регулирующая функция речи, которая играет важную роль в формировании и дифференциации мотивов, эмоционально-волевой сферы личности в целом. Коррекционно-воспитательная работа с детьми данной группы должна строиться исходя из качественного своеобразия структуры дефекта. В первую очередь используются педагогические приемы, направленные на *формирование произвольных моторных навыков под организующим началом речи.*

В некоторых случаях выявляются такие формы олигофрении, при которых имеет место сочетание общего интеллектуального недоразвития с выраженными психопатическими формами поведения. Это наиболее трудные в воспитательном плане дети. Грубые со сверстниками и старшими, недисциплинированные, нередко имеющие патологические влечения, они не умеют регулировать свое поведение общепринятыми морально-этическими нормами. Патогенетически эта форма олигофрении характеризуется, сочетанием диффузного поражения коры полушарий головного мозга с наличием подкорковых

очагов, что, как правило, подтверждается электроэнцефалографическими методами исследования.

Кроме описанных выше основных форм олигофрении, среди учащихся вспомогательной школы встречаются дети с более редкими формами олигофрении. Остановимся на некоторых из них.

Олигофрения, осложненная гидроцефалией. Гидроцефалия возникает в результате стойкого нарушения баланса между секрецией ликвора и условиями его всасывания. Она характеризуется увеличением объема ликворосодержащих пространств головного мозга - желудочков и субарахноидальных пространств. Развивается постнатально.

По характеру течения гидроцефалию делят на прогрессирующую и компенсированную. В тех случаях, когда после некоторого периода существования прогрессирующей гидроцефалии внутричерепное давление нормализуется, заболевание приобретает компенсированный характер. Однако желудочки мозга и при компенсированной форме гидроцефалии остаются расширенными.

Многие авторы рассматривают гидроцефалию как симптом, сопутствующий различным патологическим проявлениям, другие - как самостоятельное заболевание. Ряд исследователей подчеркивает роль наследственных факторов в происхождении врожденной гидроцефалии, описывая семейные формы, близнецов-гидроцефалов, наличие гидроцефалии в ряде поколений. Другие авторы рассматривают патологию родов как фактор, имеющий наибольшее значение в возникновении гидроцефалии. Внутричерепные кровоизлияния и проникивание крови в ликвор встречаются при родовых травмах довольно часто.

В настоящее время нет достаточно точных данных о частоте гидроцефалии. Количество умственно отсталых детей при гидроцефалии отмечается в 0,4-2,0% случаев.

Наиболее характерными для гидроцефалии являются снижение работоспособности (повышенная утомляемость, нарушение внимания), своеобразные изменения поведения, нередко с элементами выраженной лобной недостаточности (преобладание немотивированно повышенного фона настроения с эйфорическим характером, снижение критики к себе и окружающим, недоучет ситуации). Эти особенности сочетаются как с нормальным уровнем интеллекта, так и с различными степенями его снижения. У этих детей часто отмечается хорошо развитая произносительная сторона речи со склонностью к резонерским рассуждениям, с множеством штампов и обо-

ротов, заимствованных из речи взрослых и не всегда полностью семантически осознаваемых говорящими.

При исследовании высших корковых функций нередко отмечаются псевдооптические и псевдоамнестические явления. В процессе обучения у этих детей наблюдаются специфические ошибки на письме в виде пропусков букв, слогов, слов, перестановок букв в словах.

Несмотря на то что эти дети имеют представление о числе и элементарных числовых отношениях, они плохо овладевают приемами устного счета, не удерживают в памяти простейших примеров, условий задачи.

Детям с гидроцефалией свойственна повышенная возбудимость, импульсивность и в некоторых случаях недостаточная мотивированность поведения. Вся перечисленная симптоматика носит неустойчивый характер, она нарастает в связи с общим утомлением и меняется в зависимости от условий, в которых ребенок выполняет то или иное задание.

При данной форме олигофрении необходимо наряду с обычными коррекционно-педагогическими методами применять специальные коррекционные мероприятия, направленные на организацию деятельности ребенка. Ребенка нужно учить удерживать в памяти словесные инструкции, преодолевать трудности и доводить начатое дело до конца, по возможности адекватно оценивать собственные действия и их конечный результат.

Олигофрения при врожденном сифилисе возникает вследствие болезни матери сифилисом в период беременности. В этих случаях у ребенка выявляются соматические и неврологические признаки раннего врожденного сифилиса; может иметь место грубый интеллектуальный дефект.

Патология плода может быть обусловлена как проникновением бледных трепонем через плаценту, так и действием сифилитических токсинов, которые вырабатываются трепонемами («дистрофический сифилис»). Сифилитические токсины оказывают влияние не только на плод, но и на генеративные клетки родителей, вызывая поражение зачатка. Подобные заболевания относятся к группе парасифилитических.

Олигофрения парасифилитической этиологии среди учащихся вспомогательных школ встречается примерно в 1-3% случаев. У этих детей отмечается легкая остаточная неврологическая симптоматика, частые жалобы на головную боль, плохую переносимость жары, духоты. У большинства до 11-17 лет отмечается ночной энурез. Психическое недоразвитие отмечается с раннего детства. Запоздывает развитие ходьбы и

речи. Дети плохо включаются в игры, не понимают и не принимают их условий. Аффективная лабильность проявляется в повышенной плаксивости, возбудимости, упрямстве, склонности к конфликтам и агрессии. В школе сразу выявляются трудности в обучении, непонимание учебного материала, особенно счетных операций, грамматических правил и т.п.

В условиях вспомогательной школы у этих учащихся рано выявляется патология поведения: агрессивность, расторможенность влечений и т.д. В случаях когда симптомы, осложняющие интеллектуальное недоразвитие, имеют негрубый характер, наблюдаются относительно неплохая динамика психического развития и, как правило, хорошая социально-трудовая адаптация.

Умственная отсталость при фенилкетонурии. Врожденные дефекты метаболизма (нарушения секреторной функции эндокринной системы) занимают особое место среди наследственных форм умственной отсталости у детей.

Одной из наиболее часто встречающихся форм нарушения аминокислотного обмена является фенилкетонурия (ФКУ). Этиология и механизм этого заболевания достаточно сложны, поэтому отметим только то, что в результате нарушения обмена аминокислот мозг с первых дней жизни попадает в неблагоприятные для нормального развития условия, что ведет к возникновению в нем деструктивных и дегенеративных изменений.

ФКУ является текущим дегенеративным процессом по типу прогрессирующей деменции. Нервно-психические нарушения не ограничиваются умственной отсталостью, а включают в себя и различные формы нарушения поведения, неустойчивость и снижение работоспособности и внимания, церебрастенические явления, неврозоподобные и психотические расстройства.

Анализ адаптации к школе детей с ФКУ показал, что наибольшие трудности отмечаются, как правило, на первом и втором годах обучения. Дети с трудом вступают в контакт с педагогами и сверстниками. Они плохо переносят любые изменения во внешней среде и часто дают негативные реакции на требования педагога, его попытки включить их в детский коллектив. Для преодоления трудностей адаптационного периода большое значение имеет контакт педагога с ребенком. При правильном педагогическом подходе удается достичь более быстрого привыкания ребенка к школе, нормализации его поведения в классе, исполнения требований, контакта с детьми. Все это создает более благоприятные условия для воспитания и обучения. В то же время смена педагога, перевод в другую школу или класс почти во всех случаях ведет к срыву

установленного с таким трудом стереотипа поведения и повторному возникновению патологических реакций.

Деменция (от лат. *dementia* - безумие) - слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности, критики, памяти, ослабление и огрубение эмоционально-волевой сферы.

В детском возрасте деменция возникает в результате органических поражений мозга при шизофрении, эпилепсии, воспалительных заболеваниях мозга (менингоэнцефалиты), травмах мозга (сотрясения, ушибы).

К возрасту 2-3 лет значительная часть мозговых структур уже сформирована, поэтому воздействие патогенных факторов вызывает только их повреждение.

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении представляет большие сложности. В отличие от олигофрении нарушения деятельности мозга при деменции наступают после определенного периода нормального развития ребенка. Обычно деменция возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте 2-3 лет. Этим временным фактором в значительной степени определяется отличие течения и клинко-психологической структуры интеллектуального дефекта при деменции от олигофрении. Так, структура интеллектуальной недостаточности при деменции отличается неравномерностью различных познавательных функций. Кроме того, при деменции часто наблюдается несоответствие между запасом знаний и крайне ограниченными возможностями их реализации.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка 3 лет, то прежде всего теряется речь, пропадают навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки (ходьба, чувство привязанности к близким и т.п.). Характерным признаком начала деменции является появление нецеленаправленного (так называемого полевого) поведения, общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, некритичность, немотивированно повышенный фон настроения.

При заболевании в старшем дошкольном возрасте наиболее выраженным является искажение игровой деятельности - она становится стереотипной, однообразной.

Если же заболевание начинается в младшем школьном возрасте, то довольно долгое время у ребенка можно наблюдать сохранную речь, учебные навыки. Но в то же время становится заметно резкое снижение интеллектуальной работоспособности и учебной деятельности в целом, изменяется поведение детей.

В зависимости от динамики болезненного процесса различают «резидуальную органическую деменцию», при которой нарушения интеллекта представляют собой остаточные явления поражения мозга, и «прогрессирующую органическую деменцию», вызванную текущим органическим патологическим процессом в головном мозге. При прогрессирующей деменции явления интеллектуального распада постоянно нарастают.

Глубоко умственно отсталые дети - имбецилы и идиоты - помещаются в специальные детские дома системы социального обеспечения. В тех случаях, когда глубоко умственно отсталые дети находятся в семье, они получают пенсию как инвалиды детства.

В ряде стран в течение последних десятилетий успешно проводится работа по обучению и воспитанию глубоко умственно отсталых детей (имбецилов) с целью их дальнейшей социальной адаптации. Обучение и воспитание глубоко умственно отсталых детей осуществляются в специальных учреждениях различного типа (специальные школы, классы, центры и т.п.)

В России в течение ряда лет под руководством и при непосредственном участии Российской академии образования (РАО) проводилось экспериментальное обучение детей-имбецилов. С 1987 г. в детских домах для глубоко умственно отсталых детей введены должности педагогов-дефектологов, что позволило значительно улучшить учебно-коррекционную работу с этой категорией детей.

Постоянно совершенствуются организационные формы деятельности специальных учреждений. В настоящее время ряд детских домов-интернатов работает по режиму пятидневки. Это дает возможность шире использовать столь необходимые для развития имбецилов социальные контакты и привлекать родителей к непосредственному участию в воспитании ребенка.

Во многих домах-интернатах имеются диагностические группы, куда направляются вновь поступившие воспитанники. В течение 3-4 мес у них выявляются возможности в развитии познавательной деятельности, овладении навыками самообслуживания, трудовой деятельности.

Большое внимание уделяется совершенствованию системы коррекционно-воспитательной работы, которая включает в себя ряд этапов.

На первом этапе (от 4 до 8 лет) проводится работа по формированию санитарно-гигиенических навыков и развитию моторики. Воспитанников приучают к адекватному поведению в столовой и других общественных местах детского дома.

Большое внимание уделяется развитию речи и познавательной деятельности, осуществляется подготовка к школьному обучению.

На втором этапе (с 8 до 16 лет) продолжается закрепление навыков самообслуживания и личной гигиены, проводится работа по обучению хозяйственно-бытовому труду. В этот период детей обучают навыкам счета и элементарной грамоте, большое внимание уделяется развитию речи.

Задачей третьего этапа (16-18 лет) является социальная адаптация.

Цель коррекционно-воспитательной работы с глубоко умственно отсталыми детьми - трудоустройство и дальнейшее приспособление к жизни в условиях окружающей социальной среды.

Достижение поставленных целей обеспечивается решением следующих основных задач работы с глубоко умственно отсталыми детьми:

1. Развитие всех психических функций и познавательной деятельности детей в процессе обучения и коррекция их недостатков. Основное внимание в этой работе направлено на умственное развитие учащихся.

2. Формирование у глубоко умственно отсталых детей правильного поведения.

3. Трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда. Физическое воспитание. Самообслуживание.

4. Бытовая ориентировка и социальная адаптация - как итог всей работы.

3.3. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Нарушения речи у школьников связаны с разными причинами, имеют различный характер и по-разному сказываются на общем развитии и успешности обучения учащихся.

Иногда у школьников отмечаются бедность словарного запаса, нарушения грамматического строя и связной речи, несформированность звукопроизношения, неполноценность фонематического восприятия. Это приводит к тому, что ребенок не может четко, полно и правильно излагать мысли.

Некоторые недостатки речи могут быть вызваны *болезненными явлениями*: неправильное строение или нарушение подвижности органов речи, снижение слуха или зрения, нарушения нервной системы у ребенка. В других случаях недостатки

речи являются следствием *педагогической запущенности*: с ребенком мало общались, окружающие близкие имеют плохую речь, на нарушение не обращали внимания, считая его обычной «детскостью» речи. Своевременно не преодоленные фонетические своеобразия детской речи в школьном возрасте уже имеют устойчивый характер и труднее поддаются исправлению, так как у ребенка сформировался и закрепился навык неправильного произношения звуков. Как правило, нарушения речи у школьников имеют ту же картину, что и у детей более младшего возраста. И только в единичных случаях может быть, что в дошкольном возрасте у ребенка все в порядке, а в период школьного обучения появилось нарушение речи.

При всем разнообразии имеющихся -у школьников речевых нарушений условно выделяются группы детей с *фонетической* или *фонетика-фонематической недостаточностью*; к таким нарушениям относятся дислалии механическая и функциональная, ринолалия и дизартрия. Другую сводную группу составляют дети с *общим недоразвитием речи* (алалии, ринолалия, дизартрия). И есть группа учащихся с *нарушением темпо-ритмической организации речи* - это несудорожные или судорожные нарушения. К последним относятся случаи заикания невротического или неврозоподобного характера.

Расстройства письменной речи (чтения и письма) у школьников с нарушениями речи - явление очень распространенное. Оно обусловлено нарушениями устной речи детей, несформированностью у них языковых обобщений: фонематических, морфологических и синтаксических.

Дети с речевыми нарушениями, которые не имели достаточного стажа полноценного речевого общения, не проделали в дошкольном возрасте необходимой для усвоения грамоты работы по анализу и синтезу языкового материала разного уровня (звуковой состав, словарный запас, грамматический строй, связная речь), неминуемо оказываются неуспевающими.

Общая готовность к школьному обучению предполагает целостное, гармоничное развитие ребенка, у которого должны быть развиты все, а не отдельные стороны личности. Недоразвитие любой сферы (умственной, эмоционально-волевой, практически действенной, речевой) может стать причиной неуспеваемости в школе.

Поступление в школу ребенка, плохо к ней подготовленного по речи, имеет неблагоприятные последствия для дальнейшего его развития, если не будут приняты необходимые психолого-медико-педагогические меры. Такие дети из-за несфор-

мированности звуковой и лексико-грамматической сторон речи оказываются в числе стойко неуспевающих по родному языку и математике.

В зависимости от тяжести речевого нарушения дети школьного возраста получают разного вида логопедическую помощь. Слабо выраженные, частичные (парциальные) нарушения преодолеваются на занятиях в логопедическом кабинете, система которых широко развита и оснащена соответствующей методической документацией (разработаны нормативы по определению контингента детей, подлежащих занятиям, имеются рекомендации по планированию и организации занятий и т.д.). Логопедические занятия проводятся параллельно со школьным обучением, в дополнение к нему, но ни в коем случае не дублируют работу учителя класса. Это коррекционно-развивающие занятия.

В задачи логопедического пункта при общеобразовательной школе входит исправление нарушений устной и письменной речи учащихся, пропаганда коррекционно-логопедических знаний среди педагогов и родителей, своевременное выявление нарушений и предупреждение возможных вторичных нарушений в структуре дефекта ребенка, вызванных имеющимся нарушением речи.

Наряду с восполнением в развитии речи на логопедических занятиях у ребенка формируются полноценные знания, умения и навыки в области языка. В результате ситуации постоянного неуспеха у ряда учащихся возникает отрицательное отношение к учению, поэтому на коррекционных занятиях проводится работа, направленная на стимулирование развития познавательной активности детей, на формирование приемов умственной работы, необходимых для овладения грамматикой.

На логопедический пункт дети направляются врачами после диспансеризации, педагогами или же по инициативе родителей. Важнейшее значение для преодоления имеющихся у детей нарушений имеют их своевременное выявление и правильная диагностика, контакт логопеда с учителем класса, где обучается ребенок, с родителями. Таким комплексным подходом обеспечивается успешность проводимого коррекционно-воспитательного воздействия. Родители присутствуют на занятиях логопеда с ребенком, для них проводятся специальные беседы, в которых раскрывается имеющийся у ребенка дефект и пути его преодоления.

Крайне важным является развитие речевой активности школьников. Дети даже с незначительными нарушениями речи порой отличаются пониженной коммуникабельностью.

В связи с этим на логопедических занятиях создаются разные ситуации общения, активизирующие не только речевую, но и речемыслительную деятельность школьников. Ведется работа над всеми звеньями процесса порождения речевого высказывания: у учащихся развивается мотивированность речевого действия, формируется предвосхищение его конечного результата, их учат планировать, отбирать лексику, знакомят с грамматическим структурированием, операциями контроля. Детей учат рассуждать и давать развернутые умозаключения, выводы. Этим обеспечивается совершенство коммуникативной и обобщающей функций речи.

Коррекционная работа с учащимися на логопедическом пункте проводится в течение всего учебного года в разных формах: индивидуальная, фронтальная (с подвижным составом групп, в которые объединяются школьники, имеющие примерно одинаковые нарушения речи). На логопедических занятиях уточняется произношение звуков, развивается фонематическое восприятие, ведется работа над словарем и грамматическим строем, над связной речью, чтением, письмом. При этом логопедическая работа пронизана психотерапевтической направленностью, ведется с учетом особенностей личности ребенка, обусловленных речевым нарушением и ситуацией стойкой неуспеваемости.

В случаях когда нарушение речи носит более выраженный характер и не может быть преодолено в условиях школьного логопункта, а ребенок в силу имеющегося дефекта не может наравне со сверстниками учиться в общеобразовательной школе, обучение проводится в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи. Обычно в таких школах функционируют два отделения: для детей с грубыми нарушениями речи (общее недоразвитие речи различного характера: алалия, афазия, ринолалия, дизартрия) и для детей с тяжелой степенью заикания (невротического или неврозоподобного). В этих школах обучение ведется в более растянутые сроки, по специальным программам с выраженной коррекционной направленностью, с использованием специфических приемов, методов и приемов коррекционно-воспитательного воздействия.

Дифференцированный подход в логопедической работе учитывает различные варианты неполноценности компонентов речевой системы и неречевых психических процессов и функций, обуславливающих нормальный процесс овладения чтением и письмом. Работа направлена на формирование речевой и психологической готовности к овладению грамотой, если это не было достигнуто в дошкольном возрасте.

У большинства детей с нарушениями речи выявляется недифференцированное представление о речевой действительности, нерасчлененность в осознании элементов речи (звук, слог, слово, предложение, текст), отставание в практическом овладении навыком языкового анализа и синтеза, что вместе с неполноценностью коммуникации создает ситуацию неготовности к овладению письменной речью.

При комплектовании классов первого отделения школы для детей с тяжелыми нарушениями речи учитываются в первую очередь уровень речевого развития и характер первичного дефекта ребенка. Срок обучения таких учащихся 12 лет, наполняемость класса - 12 человек. Выпускники специальной школы получают документ о неполном среднем образовании. В учебных планах предусмотрено значительное количество часов на производственно-трудовое обучение. Труд при этом рассматривается как важное коррекционно-воспитательное средство преодоления дефектов развития и формирования личности, как средство подготовки учащихся к самостоятельной жизни, социально-бытовой и трудовой интеграции в общество.

Преодоление речевых нарушений обеспечивается рациональным сочетанием фронтальных, подгрупповых и индивидуальных занятий с учащимися. Индивидуальные занятия проводятся учителем 2-3 раза в неделю. Как правило, учителя имеют логопедическое образование. Кроме того, коррекция нарушений развития речи проводится и на уроках родного языка. Для этого в программе предусмотрены специальные разделы: произношение, развитие речи, обучение грамоте, фонетика, грамматика и правописание, развитие речи. Развитие речи проводится и на материале всех других изучаемых предметов.

В отделении для заикающихся дети за 10 лет обучения получают знания в объеме 9 лет обучения в общеобразовательной школе. Дополнительный год предусмотрен для углубления коррекционной работы в младших классах.

Коррекционно-воспитательную работу проводят в школе все учителя и воспитатели, осуществляя единый речевой режим и обеспечивая реализацию целой системы внеурочных мероприятий.

Основная задача уроков развития речи заключается в том, чтобы помочь детям устранить недостатки их речи, повысить уровень владения ими языком, научить школьников пользоваться речью как средством общения и обобщения. Формирование навыков и умений владения речью у детей происходит только на основе речевой практики, поэтому большое внимание в период обучения в специальной школе уделяется специ-

ально организованной речевой практике. Благодаря речевой практике у детей увеличиваются возможности для самостоятельного накопления словарного запаса в условиях непосредственного речевого общения.

В специальной школе дети с речевыми нарушениями получают всестороннее развитие в процессе коррекции недостатков речевой деятельности. Необходимым условием коррекции является сочетание лечебно-оздоровительной и психолого-педагогической работы с учащимися.

В большинстве случаев и на логопедических пунктах при общеобразовательных школах и в специальных школах в ходе работы выявляется положительная динамика развития. Ко 2-3 классу удается преодолеть или сгладить недостатки, которые в 1 классе проявляются наиболее ярко. Обучение школьников с речевыми нарушениями затруднено и в силу имеющихся у них особенностей психических процессов и функций: у детей отмечаются недостаточность внимания, восприятия, памяти, снижение работоспособности, уровня самоконтроля, несформированность произвольной деятельности, педагогическая запущенность, возникшая уже в начальный период обучения и усугубляющаяся в связи с недоразвитием речи.

Своеобразие проявлений речевого недоразвития, низкий уровень знаний по русскому языку, недостаточность речевой коммуникации, особенности эмоционально-волевой сферы и учебной деятельности детей требуют особых коррекционных средств воздействия, направленного одновременно на неречевую и речевую функции. В работе учитывается единство коррекции речи, психических процессов и деятельности.

Словарная работа с детьми направлена на расширение их пассивного и активного запаса, на уточнение понимания смысла слов, на овладение умением четко выражать свои мысли и использовать слова для построения связного высказывания. Специально организованная лексическая работа формирует у детей умения оперировать словами, выделять их смысловую сторону, сопоставлять, оценивать, проводить отбор слов. Тем самым у школьника формируется монологическая речь. Ребенок учится отбирать языковые средства для построения высказывания. Лексическая работа, проводимая со школьниками, тесно связана, с одной стороны, с работой по формированию и коррекции грамматического строя, а с другой - с уточнением звукопроизношения и исправлением его нарушений.

С младшими школьниками продолжается работа, как и с дошкольниками, если она в более младшем возрасте оказалась недостаточно результативной, по овладению словами

более сложной слоговой структуры. Дети учатся вслушиваться в звуки речи, различать в ней гласные и согласные, твердые и мягкие согласные, сравнивать слова по звукам, определять наличие и место звука в слове, различать ударные и безударные гласные, определять словесное и логическое ударение. Постепенно в ходе логопедического воздействия дети приобретают ориентировку в звуковом строе речи, овладевают правильным звукопроизношением и звуко-различением.

Принципиальной разницы в частных методиках коррекционно-логопедической работы с детьми дошкольного возраста и младшими школьниками нет. Работа с учащимися ведется с учетом возросших речевых и познавательных возможностей, дополнительно к систематическому школьному обучению. Учитывается, что ведущим видом деятельности у учащихся является уже не игровая, а учебная деятельность.

3.4. ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Учащиеся с отклонениями в развитии испытывают особые трудности при обучении, в частности при изучении русского языка и чтения. По мнению ряда исследователей, психофизиологической основой трудностей чтения являются замедленный темп приема и переработки зрительно воспринимаемой информации, установления ассоциативных связей между зрительным, слуховым и речедвигательным центрами, участвующими в акте чтения, низкий темп протекания мыслительных процессов, лежащих в основе осмысления воспринимаемой информации, слабость самоконтроля.

Затруднения в понимании учащимися смысла прочитанного тормозят отсутствие беглости и правильности чтения, недостатки техники чтения (большое количество ошибок, низкий темп).

Обучение чтению учащихся с нарушениями развития в младших классах ведется в соответствии с программами, учитывающими их психофизические особенности, и направлено на коррекцию и компенсацию имеющихся у школьников нарушений развития. Известно, что успешное усвоение всех учебных предметов возможно только на хорошей языковой базе.

Задача педагога, обучающего чтению детей с нарушениями развития, - сформировать у них прочные навыки осознанного, беглого, выразительного чтения, приобщить детей к миру художественной литературы, к работе с книгой; развить образное мышление, воспитать нравственные качества.

После года обучения, как правило, все учащиеся знают все буквы, умеют сливать их в слоги, примерно половина школьников владеют слоговым способом чтения и переходят к чтению целыми словами; остальные ученики читают по буквам.

Темп чтения отличается значительной вариативностью, что можно объяснить замедленностью восприятия печатных знаков и индивидуальными особенностями чтецов. Одним из значимых факторов является содержание читаемого (тексты с более сложной смысловой структурой читаются большинством учащихся с меньшей скоростью).

Большинство учащихся при чтении допускают ошибки. В основном это смешение графем, имеющих отдельные сходные элементы (например, «б»-«д», «в»-«з», «а»-«о» и т.п.); допускают смягчение согласных в конце слов («могутъ» вместо «могут»); нестойкие замены парных глухих и звонких согласных (читают «витят» вместо «видят» и т.п.); перестановки, пропуски букв, слогов (читают «он» вместо «но»); не дочитывают окончаний («как» вместо «какая»); встречаются ошибки зрительного восприятия (повторения звуков и слогов; добавления - при чтении учащиеся включают в слова отсутствующие в них слоги или отдельные звуки - например, вместо слова «начал» - «сначал»); заменяют отдельные звуки в словах, что в одних случаях приводит к искажениям слов, а в других - к синтаксическим заменам их другими словами (читают «тянуть» вместо «тонуть»).

Для многих учащихся на этом этапе характерно чтение по догадке (например, читают «приходит» вместо «придет»).

Ошибки чтения у детей с ЗПР нестойкие и диффузные: у одного и того же ученика наряду с ошибочным наблюдается и правильное чтение одних и тех же слоговых структур. Количество ошибок значительно возрастает при чтении слов со сложной слоговой структурой, слогов со стечением согласных.

Для облегчения чтения школьники используют различные приемы: выделяют первый из согласных звуков с помощью длительной паузы (читают «в-п-рав-ду», «об-манывает»); прибавляют к первому согласному дополнительный гласный, который обычно повторяет один из соседних гласных в слове (например, читают «в порасторе» вместо «в просторе»); пропускают один из согласных (например, «впраду» вместо «вправду»).

Большинство учеников в 1 классе находятся на слогааналитическом этапе чтения, когда восприятие и осмысление прочитанного еще разобщены, поэтому большое значение для развития техники чтения имеет правильный подбор лексики как в отношении частотности употребления слов в речи чтецов, так и в плане их структуры.

Многие общеупотребительные слова и словосочетания, обозначающие явления и понятия, отдаленные от жизненного опыта школьников, оказываются им непонятны (например, выражение «Мальчик, будто увидав волка» некоторые ученики объясняют как «Мальчик видел волка»). Затруднения возрастают, когда учащиеся сталкиваются с образными выражениями, устойчивыми словосочетаниями, фразеологическими оборотами. В этот период обучения содержание текстов мало помогает ученикам в осмыслении незнакомых слов и словосочетаний.

Наиболее распространенными недостатками чтения первоклассников являются монотонность, отсутствие пунктуационной интонации; учащиеся часто используют интонацию завершенности (точки) в середине предложения.

Наблюдаются особенности понимания смысла прочитанных текстов: фрагментарность восприятия текста, стремление к дословному воспроизведению прочитанного, при этом учащиеся нередко теряют смысловую направленность вопроса. При воспроизведении содержания иногда встречаются привнесения, не имеющие отношения к содержанию текста. Обычно это происходит в тех случаях, когда учащиеся не понимают мотивации поступков действующих лиц, затрудняются сделать вывод из содержания прочитанного. Иногда привнесения являются следствием ошибок зрительного восприятия, допущенных при чтении.

На этом этапе обучения у большинства школьников обнаруживаются правильное восприятие логико-информационного плана изложения и недостаточное понимание причинно-следственных связей в содержании текстов.

Во 2 классе в среднем уже около 70% школьников читают в темпе, предусмотренном учебной программой, наблюдается меньшая вариативность скорости чтения.

За год коррекционного обучения у учащихся происходит заметное развитие целостного восприятия слов при чтении - большинство школьников читают по слогам и целыми словами. Однако ученики по-прежнему прибегают к слоговому чтению трудных, многосложных, особенно незнакомых слов, непривычных оборотов речи. Увеличение длины слова негативно сказывается на его синтезе и затрудняет развитие смысловой догадки.

Учащиеся затрудняются при чтении слов, включающих слоги со стечением согласных. Но теперь эти трудности проявляются в повторах (например, читают «заз-заз-венела», «пох-хло-пал»), в использовании пауз или в перечитывании «про себя» («не сп..росил»).

Основное количество ошибок приходится на чтение слов со сложной слоговой структурой; в то же время такие ошибки, как замены, пропуски и перестановки букв и слогов, встречаются уже как единичные явления.

Наибольшее количество ошибок школьников составляют смысловые замены: учащиеся заменяют и/или пропускают отдельные значащие части слов (например, читают «повернулся» вместо «отвернулся», «печень» вместо «печенье»); в некоторых случаях, стараясь предугадать смысл последующих слов, школьники выхватывают из них опорные, опознавательные элементы и «читают» другие слова («повел» вместо «повторил» и т. п.).

При чтении текста с более сложной смысловой структурой увеличивается количество ошибок, связанных с недостатками понимания: замены, перестановки, пропуски, в отдельных случаях добавления. Чем слабее техника чтения ученика, тем ярче проявляется зависимость ошибок замен и перестановок от сложности смысловой структуры читаемого текста.

Повторения слогов и слов отмечается с одинаковой частотностью. В словах повторяются первые слоги или части слов для синтеза отдельных слов. Отдельные слова повторяются с целью восприятия всей фразы. Для подготовки к восприятию следующего слова в предложении или синтагме школьники повторяют в словах последние слоги.

У школьников отмечается тенденция замены слов читаемого текста более легкими по произношению. Отдельные учащиеся ошибочно читают слова, отсутствующие в их активном словаре.

В этот период обучения увеличивается количество пропусков при чтении, особенно при чтении текстов со сложной смысловой структурой (в основном школьники пропускают звуки и слоги). Примерно треть учащихся не замечают неправильно прочитанных слов и не исправляют своих ошибок, даже если у них получаются бессмысленные слова (например, вместо «мешала ложечкой» читают «мешала ложей»).

Вследствие недостаточной сформированностиTM синтетических процессов у учащихся слабо развито умение опираться на живую речь в целях контроля правильности чтения. Некоторые школьники допускают ошибки в согласовании и управлении слов. Связь слов в словосочетаниях нарушается реже, чем связь главных членов предложения, разделенных другими словами. Обычно заменяются глагольные формы, что ведет к нарушению согласования сказуемого и подлежащего и нарушению связи однородных сказуемых. Встречаются замены слов, обусловленные несогласованностью речедвига-

тельных и воспринимающих механизмов в процессе чтения (например, слово «сесть» заменяют словом «есть»), и поскольку у школьников еще слабо развита чувствительность к грамматической форме и смысловому содержанию фразы, подобные ошибки исправляются редко.

Появляются замены слов синонимичными по значению, которые в основном проявляются в воспроизведении основы слова, определяющей семантику значимых его частей.

Ошибки в чтении отдельных слов влекут за собой и нарушение понимания смысловых звеньев текста. Слова, которые оказываются трудными для восприятия, выполняют различную функцию в смысловой структуре текста, поэтому ошибки в их чтении приводят к непониманию целого смыслового фрагмента или смысловых оттенков отдельной фразы.

Во 2 классе большинство учеников понимают смысл содержания прочитанного и способны самостоятельно сделать выводы. Однако есть учащиеся, у которых восприятие смысла текста на данном этапе обучения лежит в «зоне ближайшего развития». На вопросы, требующие воспроизведения простых смысловых единиц текста, ученики дают больше правильных ответов, чем на вопросы, предусматривающие самостоятельные формулировки. Школьники затрудняются в воспроизведении причинно-следственных зависимостей событий, ограничиваются упоминанием только причины или только следствия рассматриваемого явления. В отдельных случаях учащиеся обнаруживают непонимание смысловых единиц текста, что связано главным образом с недостатками реальных представлений или контаминациями смысловых звеньев, допущенными в процессе чтения.

В 3 классе половина учащихся полностью овладевают чтением целыми словами. Лишь незначительная часть школьников продолжают читать по слогам, остальные учащиеся, овладев слоговым способом чтения, переходят к чтению целыми словами. Слоговое чтение возобновляется при чтении слов со знаком переноса на следующую строку. Расположение частей слова на противоположных сторонах страницы требует от учащихся дополнительного напряжения и внимания, тормозит процесс слияния частей слова в единое целое и осложняет понимание смысла прочитанного.

Наибольшую трудность для чтения представляют многосложные слова с ударением на первом слоге, слова со стечением согласных в середине слова.

Техника чтения у учащихся совершенствуется чрезвычайно медленно, и отставание, проявившись в начале обучения, сказывается на последующих этапах. Для учащихся этой катего-

рии побуквенно-слоговой процесс чтения, которым они овладевают в букварный период, преодолевается очень медленно, и они нуждаются в особой поэтапности для освоения каждой новой слоговой структуры. У любого ребенка переход от низкой ступени овладения навыком к более высокой происходит индивидуально, в разные сроки, а у школьников с нарушениями развития - особенно замедленно.

Медленно и с трудом совершенствуется правильность чтения. Затруднения в чтении у учащихся 3 классов аналогичны тем, которые были отмечены на предыдущем этапе обучения, - в основном это смысловые замены (обычно заменяют читаемые слова синонимичными по значению - например, читают «хотел» вместо «захотел», но при этом не нарушают грамматического строя предложения; заменяют слова, непонятные им по содержанию или грамматической форме). Смысловая догадка, возникающая на основе восприятия первых букв слова, часто оказывается ложной.

Наибольшее количество ошибок допускается при чтении многосложных (четырёх-пяти-шестисложных) и редко употребляемых слов, в словах со стечением согласных. Ученики могут заменять в словах слог со стечением согласных открытым слогом или вставлять в слог гласную; повторяют слоги, стоящие перед стечением; делают продолжительную паузу перед произнесением такого слова, чтобы прочитать его вначале целиком или частично «про себя».

Объём буквенного восприятия у учащихся увеличивается незначительно и в основном качественно. Даже в конце 3 класса учащимся необходимо прочитать значительную часть слова, чтобы его узнать.

На этом этапе особенно явными становятся ошибки ударения в словах, чаще всего в тех, значение которых учащиеся до конца не могут осмыслить, в словах, которые они редко встречают в речи, а также в словах, иногда неправильно произносимых в быту.

С развитием техники чтения ошибки повторения начинают преобладать над другими видами ошибок и носят в основном исправляющий характер и довольно стойки.

Повторение слов при чтении глубоко индивидуально: учащиеся повторяют слова, прочитанные по слогам, грамматическая структура которых трудна для восприятия; повторяют слова в целях активизации зрительного контроля при обнаружении смысловых ошибок.

На данном этапе обучения у школьников отмечается повышение роли смысловой догадки при чтении, снижается

количество ошибок искажения, что происходит в связи с накоплением у учащихся активного лексического запаса. Учащиеся стремятся сразу прочитать слово, что им не всегда удается; этим обусловлено сохранение пропусков звуков и слогов в многосложных словах и словах со стечением согласных.

С увеличением скорости чтения увеличивается число добавлений, но общее их число становится незначительным. Обычно встречаются добавления, не противоречащие смыслу содержания - чаще всего это союз «и». Подобные добавления служат опорой для восприятия последующей части предложения, что свидетельствует о развитии грамматического строя речи учащихся.

В процессе обучения у школьников формируется способность к аналитическому восприятию текста. Учащиеся значительно чаще, чем на предыдущих этапах обучения, сами начинают исправлять свои ошибки. Если в процессе чтения они и не возвращаются к ошибочно прочитанным словам, то это, за некоторыми исключениями, не мешает им понимать простых смысловых единиц текста. Под влиянием понимания общего логико-информационного плана текста, при ответах на вопросы корректируются отдельные замены, допущенные при чтении.

В период обучения в 3 классах учащиеся хуже усваивают смысловое содержание текста (в частности, реже устанавливают причинно-следственные связи, которые основываются на актуализации собственного эмоционального опыта), нежели логико-информационное изложение. Ученики стремятся объяснить смысл прочитанного, в основном опираясь на его непосредственное содержание, но вследствие недостаточности эмоционального опыта не всегда осуществляют этот перенос на объяснение событий, описанных в тексте.

Даже в период обучения в 4 классе часть учащихся иногда прибегают к слоговому чтению трудных многосложных слов.

У учащихся сокращается общее количество ошибок, почти половину ошибок они исправляют сами в процессе чтения. Наиболее характерными ошибками остаются повторения и замены.

На этом этапе слоги в словах обычно повторяются с целью подбора правильного интонирования фразы при значительно возросшем темпе чтения. Слабые учащиеся продолжают использовать повторения в качестве опоры для синтеза слов в предложении, иногда повторяют слова, прочитанные по слогам и представляющие для них семантическую трудность. К дублирующему чтению, школьники прибегают и с целью ис-

правления допущенных ошибок. В единичных случаях сохраняются повторения слов для осмысления их лексического значения или грамматической формы (например, кратких прилагательных, деепричастий).

Отмечаются замены слов синонимичными по значению; смысловые замены; замены грамматических форм более привычными для учащихся в разговорной речи.

Сохраняются на этом этапе и ошибки зрительного восприятия, что можно объяснить значительным ускорением темпа чтения. При этих заменах предложения могут приобретать различные смысловые оттенки, которые не противоречат содержанию текста в целом.

К окончанию начальных классов учащиеся овладевают основными составляющими сознательности чтения (понимают значения слов и словосочетаний, употребленных в прямом и переносном смысле; значения целых предложений, отдельных частей и всего текста в целом; устанавливают причинно-следственные и временные виды связей, выделяют главную мысль; умеют определить свое отношение к прочитанному).

С увеличением скорости чтения у части учащихся обычно возрастает фрагментарность восприятия читаемого. Общая тенденция, более адекватное усвоение логико-информационного плана изложения по сравнению со смысловым содержанием текста, сохраняется и на данном этапе.

Развитие понимания читаемого в целом идет за счет усвоения отдельных смысловых звеньев текста, что отчетливо проявляется при сопоставлении с результатами чтения учениками второй группы, где улучшение понимания обусловливается лучшим восприятием информационного плана изложения.

Часть учеников при ответах на вопросы акцентируют внимание на второстепенных деталях, некоторые школьники стараются найти ответ в содержании текста, не анализируя его.

Отмечаются положительные сдвиги в развитии понимания смысла читаемого, что является результатом коррекционной работы и обучения в целом. Учащиеся начинают осуществлять перенос представлений о нравственных нормах поведения на понимание литературного текста, у них формируется способность делать вывод из содержания прочитанного, но сделать вывод на основании актуализации собственных представлений часть читателей еще затрудняются.

Понимание смысла текста учащимися зависит от сложности логико-информационного плана изложения, от адекватности смысловой структуры текста уровню развития читателя, умения актуализировать жизненные представления при чте-

нии литературного текста. Затрудненность логического синтеза читаемого на основе актуализации собственного опыта является одной из существенных причин недостаточности понимания текста со сложной смысловой структурой.

Скорость и правильность чтения у учащихся с нарушениями развития, так же как и у нормально развивающихся школьников, имеют ярко выраженную положительную динамику: меньше проявляются вариативность и индивидуальные особенности в процессе чтения; скорость чтения от класса к классу увеличивается в связи с формированием у учащихся целостного восприятия.

Прослеживается и развитие правильности чтения в зависимости от года обучения. Значительно сокращается количество ошибок каждой категории; на всех этапах основными остаются ошибки повторения и замены слов.

К концу обучения в младших классах большинство учеников обнаруживают высокий уровень осознания прочитанного.

Контрольные вопросы

1. Что изучает олигофренопедагогика?
2. Охарактеризуйте разные степени умственной отсталости.
3. Раскройте основные формы олигофрении.
4. С какими науками связана олигофренопедагогика? В чем эта связь проявляется?
5. Охарактеризуйте задержку психического развития у детей.
6. В чем отличие умственно отсталого ребенка от ребенка с ЗПР?
7. Какие причины могут вызвать задержку психического развития?
8. Какие виды (варианты) задержки психического развития выделяют?
9. Какие задачи призвана решать специальная школа для детей с нарушениями интеллекта?
10. В чем заключаются особенности работы с глубоко умственно отсталыми?
11. Какие трудности обучения отмечаются у учащихся с нарушениями развития и чем они обусловлены?

Глава 4

ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

С расширением связей между различными государствами и народами стали складываться правила международной морали, а затем и юридические нормы, определяющие отношение общества к лицам с отклонениями в развитии и ставящие вне закона наиболее грубые нарушения прав человека. Сформированы права и свободы, которые не должны зависеть ни от общественного строя данной страны, ни от других обстоятельств. Эти права неотъемлемо присущи любому индивиду, где бы он ни жил или находился.

Любое государство, желая быть полноправным членом мирового сообщества, должно соотносить свое законодательство и свою политику с требованиями определенных международных стандартов. Права и свободы человека в значительной мере вышли за пределы чисто внутренней компетенции государства, стали предметом международной заботы.

В настоящее время принято все международные нормы в области прав и свобод личности называть *международными стандартами*. Этим термином охватываются международные договоры, резолюции общественных организаций. Ключевые положения этих документов сводятся к обеспечению детям полноценной достойной жизни в обществе нормально развивающихся людей.

В последнее время наше общество движется по пути строительства правового государства, поэтому необходимо уточнить и расширить положения о правах и обязанностях граждан, среди которых несколько десятков миллионов людей-инвалидов. Поэтому особое значение приобретают вопросы правового обеспечения этой категории лиц.

На всех этапах своего развития человеческое общество не могло быть безразличным к тем, кто имел те или иные нарушения физических и психических качеств. Этим лицам нельзя было не заметить, так как они требовали к себе особого внимания. Если это внимание им не оказывалось или оказыва-

лось не в той форме и не в том объеме, какого они требовали, эти лица становились тяжелым бременем для общества и источником таких социальных зол, как преступность, тунеядство, бродяжничество.

В связи с этим у общества возникла необходимость определить свое отношение к данным лицам, их правовое положение, необходимые для них формы помощи.

Нарушения физического или умственного развития вносят значительное своеобразие в процесс становления ребенка как личности. Это было замечено еще на ранних этапах общественного развития и нашло отражение в законодательствах, определявших положение таких лиц в обществе.

Общественное положение детей с нарушениями развития определялось совокупностью правил, которые выражались как в законах высших органов государственной власти, так и в актах государственных учреждений.

С развитием общества менялось не только его отношение к своим аномальным членам, изменялся и сам критерий аномальности. Ведь на характер отношения общества к аномальным и установления рамок между нормой и патологией влияет ряд многочисленных факторов: это уровень экономического, политического, нравственного, религиозного развития общества, состояние просвещения, здравоохранения, науки и культуры.

На разных этапах цивилизации существовали разные критерии человеческой неполноценности, так как в зависимости от уровня развития общества к физическим и интеллектуальным качествам личности предъявлялись различные требования.

Рабовладельческой, феодальной и буржуазной формациям соответствуют определенные системы общественного и гражданского права. В каждой формации по-особому определялось общественное положение детей с нарушениями развития как членов определенного общества.

В рабовладельческом обществе положение аномальных детей регулировалось правилами, которые постепенно оформлялись в законы. В соответствии с этими законами на ранних этапах рабовладельческого строя дети с различными физическими недостатками подлежали физическому уничтожению.

Умерщвление детей-уродов имело место и в Древнем Риме. Римский философ Сенека писал, что надо убивать уродов и топить тех детей, которые рождаются на свет хилыми и обезображенными. Так надо поступать не из-за гнева и досады, а руководствуясь правилами разума: отделять негодное от здорового.

В то же время глухим и слепым, относившимся к классу рабовладельцев, предоставлялись некоторые права. В Римском законодательстве были, например, такие законы: «Слепые, глухие и немые могут быть наследниками»; «слепые, глухие и немые могут делать завещания, но если завещание сделано прежде, то есть до болезни, после которой человек стал слеп, нем и глух, то оно утверждается».

Позднее разрозненные положения были объединены в кодексах Феодосия II и Юстиниана. В этих кодексах лицам, имеющим аномалии, было предоставлено право пользования частной собственностью, но право передачи собственности им не предоставлялось. Всем лицам, имеющим нарушение слуха, речи, зрения, другие аномалии, запрещалось принимать участие в общественной жизни. Римское право не признавало аномальных людей полностью дееспособными.

Во все времена на отношение людей к аномальным детям оказывали большое влияние религиозные воззрения. В средневековье усиление религиозного начала в самых различных областях оказало отрицательное влияние на общественное положение таких детей. В рабовладельческом обществе духовенство, имевшее большую силу, стремилось утвердить в общественном сознании мысль о том, что любое отклонение в развитии ребенка является проявлением «злого духа». Это суеверное представление римско-католическая церковь старалась закрепить именем бога и папы. Инквизиция стремилась устранить от участия в общественной жизни всех аномальных детей, даже независимо от их классовой принадлежности.

В славянских государствах на детей с различными видами нарушений смотрели как на «божьих людей», поэтому их окружали ореолом святости.

На ранних этапах развития Киевского государства возникло чисто национальное явление - общественное призрение «убогих детей». Широкие круги населения, руководимые чувством милосердия, оказывали посильную помощь приютам, богадельням и странноприимным домам.

Одним из первых официальных документов на Руси был утвержденный в 996 г. киевским князем Владимиром Святославичем Устав о православной церкви, который обязывал церковь заботиться об убогих, нищих и юродивых. Вследствие этого организация призренческих воспитательных учреждений для убогих детей сосредоточивалась в основном в монастырях и церквях, о чем упоминается и в «Повести временных лет» (1074 г.).

Общественное призрение способствовало возникновению в Киевской Руси, а затем и в Московском государстве приютов,

воспитательных домов, в которых жили, воспитывались и подготавливались к посильному труду дети с различными видами нарушений. Первый такой дом возник в XI в. при Киево-Печерской лавре.

Эпоха Возрождения является периодом, когда происходят существенные изменения во взглядах людей на природу самого человека, на цель и смысл его жизни. Умами людей все более овладевала вера в разум и силы человека. В это время происходят значительные изменения в общественном положении и воспитании детей с отклонениями развития.

Раньше, чем в других государствах, правовое положение аномальных определилось законодательством в Англии. Английские законы уже в XIII в. стремились установить разницу между идиотами и помешанными, так как это имело большое значение при решении имущественных вопросов.-

В России к этому вопросу вернулись в XVI в. При Иване Грозном в 1551 г. в «Стоглавый судебник» была внесена статья о необходимости попечения нищих, больных и лишенных разума. Этим лицам рекомендовалось помещать в монастыри, чтобы они не были «пугалом для здоровых». Однако этот закон не получил широкого применения.

Первые попытки принять официальные меры по борьбе с нищенством делаются в России в царствование Федора Алексеевича в 1677 г. Был издан указ, регулирующий меры общественного призрения. Этот указ запрещал нищим, убогим и юродивым бродить по улицам и дорогам. Он обязывал открывать для них богадельни, которые стали первыми учреждениями общественного призрения. Этот акт также лишал права управлять своим имуществом глухих, слепых, пьяниц и глупых.

Обычай призывать слабоумных в монастырях особенно распространился при Петре I. Это объясняется тем, что некоторые бояре с целью избавить своих сыновей от государственной службы, к несению которой их обязывал царь, стали под видом «дураков» помещать своих детей в монастыри. Петр I вынужден был принять меры, предупреждающие злоупотребление системой призрения слабоумных в монастырях, содействующей развитию тунеядства среди лиц, пользующихся призерием.

В связи с этим Петр I издает указы, в которых он называет признаки умственно ненормальных людей. В числе таких документов были указы «о дураках», имевшие целью пресечение возможной симуляции.

2 Петр I запретил посылать «дураков» в монастыри без предварительного их освидетельствования. В своих указах он называл признаки, на основании которых следует судить о том,

является ли обследуемый действительно умственно ненормальным. «Дураками» он считал тех, кто «отповеди учинить не могут, не годятся ни в какую науку и службу, недвижимое к пустому приводят, беспутство расточают». Когда и эти меры по борьбе с симуляцией не дали ожидаемых результатов, Петр I ввел запрет «дуракам» жениться и наследовать имущество. По всей видимости, эта мера имела более действенный эффект.

Также Петр I разработал проект указа о создании госпиталей для душевнобольных, в которые должны были помещаться и ненормальные заброшенные дети. Но этот указ не был претворен в жизнь.

На Руси только в царствование Екатерины II впервые осуществился замысел о создании домов для душевнобольных. В 1775 г. она издает «Указ об учреждении Приказов общественного призрения». Согласно этому Указу в России создается ряд учреждений для ухода за инвалидами, сиротами, душевнобольными. Приказу общественного призрения поручалось попечение и надзор за народными школами, сиротскими домами, больницами, богадельнями, домами неизлечимых больных и сумасшедших.

В XIX в. после Великой французской революции (1789-1793 гг.) заметно улучшается общественное положение аномальных детей. Французская революция рассматривала общественную помощь не как благотворительность, не как милостыню, а как обязанность государства, что потребовало отражения и в законодательстве.

Во Франции в 1804 году был принят «Кодекс Наполеона», который отразил все положения Римского права, касавшиеся прав слепых, глухонемых и других аномальных детей и взрослых.

Однако во второй половине XIX в. бурное развитие промышленности, усиливающаяся потребность в квалифицированных кадрах заставили большинство развитых стран перейти к системе всеобщего начального образования. Это в свою очередь повлекло за собой усиление внимания ученых, педагогов и других к лицам с легкой степенью умственной отсталости, которая обнаруживается либо в процессе обучения, либо в условиях работы на производстве. Эти лица требовали к себе большего внимания, нежели лица с глубокой степенью отсталости, которые, находясь под постоянной опекой, не представляли серьезной опасности для общества. Дети с легкой степенью умственной отсталости не справлялись с программой начальной школы и, отчисляясь оттуда, попадали на улицу, становясь источником пополнения резервов антисоци-

альных элементов. Таким образом, помощь слабоумным начинает рассматриваться не только как проявление гуманности, но и как социальная необходимость, как средство самосохранения общества.

Все это дало толчок к развитию сети спецучреждений, и в конце XIX в. в ряде стран открываются спецшколы для умственно отсталых детей, а через некоторое время появляются законы, регламентирующие деятельность этих учреждений и устанавливающие критерии отбора детей в эти учреждения.

Так, например, в Англии первые спецшколы для умственно отсталых детей были открыты в 1892 г. в Лондоне и Лейчестере. А в 1899 г. в Англии был принят закон *об обучении умственно отсталых детей*. Этот закон предоставлял право общинам самим решать вопрос о введении у себя обучения для умственно отсталых. Если община была согласна обучать этих детей, то государство выделяло для этих целей средства и устанавливало следующую регламентацию организации специального обучения умственно отсталых детей:

- 1) обучать умственно отсталых до 16 лет;
- 2) отбирать детей в спецшколы через школьную комиссию;
- 3) предоставить право родителям требовать от школьной комиссии обследовать ребенка, если у них возникают сомнения в его полноценности;
- 4) родителей, которые отказываются посылать на обследование ребенка, вызванного школьной комиссией, подвергать штрафу;
- 5) школьные комиссии обязаны периодически переосвидетельствовать ребенка с целью возвращения его в нормальную школу;
- 6) такого переосвидетельствования могут потребовать и родители, но не чаще одного раза в полугодие.

Специальное обучение умственно отсталых детей в Англии оживилось, когда за это дело взялись общественные организации. Самая выдающаяся роль в этом отношении принадлежит *Национальной ассоциации в помощь дефективным детям*, созданной в 1903 г. и существующей в наше время. Эта Ассоциация оказывает воздействие на административные учреждения Англии, побуждая их открывать спецшколы. Она же ведет надзор за окончившими специальные школы, помогает в их трудоустройстве.

В 1913 г. английский парламент принял специальный акт об умственной дефективности - *«Закон о дальнейших улучшениях в деле попечения о слабумных и других умственно дефективных лицах и о некоторых поправках к Закону о душевно-*

больных». Этот закон был принят после 10-летней подготовки, и его по праву можно назвать самым полным и тщательно разработанным официальным государственным актом о слабоумных в государствах первой четверти XX в. Касается он главным образом глубоко отсталых.

По этому закону умственная дефективность определялась как задержанное или неполное развитие рассудка, возникшее до 18-летнего возраста вследствие наследственных причин или болезней и травм.

Этот закон устанавливал четыре категории умственно дефективных.

1. Идиоты - лица, у которых врожденные или приобретенные в раннем возрасте умственные дефекты настолько сильны, что они не могут защитить себя от обычной физической опасности.

2. Имбецилы - лица с врожденной или появившейся в раннем возрасте умственной недостаточностью, которая хотя и не доходит до степени идиотии, но все же настолько значительна, что они не способны и не могут быть обучены управлению собой или своими делами.

3. Feeble-minded person (слабоумные лица) - это лица, чья умственная недостаточность не доходит до степени имбецильности, но все же выражена настолько, что они нуждаются в уходе, надзоре и контроле для защиты их собственных или чужих интересов. Эти дети не способны к учению в обычной школе.

4. Морально дефективные - это лица, чья умственная неполноценность осложняется агрессивностью или преступными наклонностями. Эти лица нуждаются в уходе, надзоре и контроле для безопасности окружающих.

Закон 1913 г. ставил целью оградить права личности слабоумных от посягательств, а общество - от антисоциальных действий слабоумных.

Закон устанавливал такой порядок помещения слабоумных в специальные учреждения, который исключает возможность злоупотреблений со стороны родственников ради каких-либо имущественных выгод. Закон требует тщательного обследования личности, прежде чем ставится диагноз «слабоумие». Этим обследованием должны заниматься не только врачи, но и судебные органы.

Разрешается принудительно помещать слабоумного в специальное учреждение, если он представляет опасность для окружающих.

Для руководства всеми делами призрения слабоумных создается состоящий из юристов и врачей Центральный государ-

ственный Совет, а на местах создаются комиссии. Совет и комиссии занимаются учетом слабоумных, организуют для них учреждения, распределяют средства, контролируют деятельность специальных учреждений, организуют индивидуальную опеку над слабоумными. Совет определил, что учреждения для слабоумных могут открываться местными властями, благотворительными организациями и частными лицами. Закон возлагал на население ответственность за плохое обращение со слабоумными.

Как и на Западе, в России движение в защиту аномальных детей усилилось с конца XIX в. В печати, на съездах врачи, педагоги, психологи ратуют за преодоление косности царского правительства в отношении организации общественной помощи аномальным, требуют проведения реформы в области просвещения, здравоохранения. Среди них такие зачинатели русской дефектологии, как В.П.Кашенко, Г.И.Россолимо, М.П.Лебедева, И.В.Маляревский, Е.К.Грачева, М.П.Постовская, С.Я.Рабинович и другие.

Эти и многие другие вопросы стали предметом обсуждения на II съезде русских деятелей по техническому и профессиональному образованию, проходившему в Петербурге в 1895-96 гг. Работа его XII секции была¹ посвящена вопросам аномальных детей.

Обсуждались результаты деятельности уже имеющихся в стране учреждений для аномальных детей; дискутировались вопросы потребности в специальных учебных заведениях для отсталых детей; необходимости подготовки кадров для работы с такими детьми и т.д.

Но основным предметом обсуждения стало положение слабоумных в России и организация для них общественной помощи. В докладах, посвященных этому вопросу, проводился анализ положения слабоумных в России. Выводы делались неутешительные: в России практически ничего не делалось для облегчения положения слабоумных лиц. Вся инициатива по приречению, обучению и воспитанию слабоумных исходила от частных лиц, а не от государства. Естественно, что количество слабоумных, охваченных специальной помощью, было ничтожно.

Участники съезда, опираясь на опыт организации помощи слабоумным в других странах, определили основные формы помощи слабоумным, типы и структуры учреждений - как школьных, так и дошкольных. Они также указывали на необходимость максимально дифференцировать помощь слабоумным в зависимости от характера ненормальности. Конечной целью всей заботы о ненормальных детях они считали подго-

товку к труду как к средству существования. При организации учреждений для слабоумных рекомендовалось ориентироваться на земства, частную инициативу и благотворительность.

Самое глубокое и всестороннее обсуждение вопросы воспитания и обучения умственно отсталых детей получили на I Всероссийском съезде по вопросам народного образования (1913-1914 гг.). Резолюция съезда устанавливала всеобщее обязательное обучение умственно отсталых детей, рассматривала общую организацию вспомогательных школ, состав учащихся, программы и методы обучения, внешкольное воспитание умственно отсталых и подготовку учителей для этого типа школ.

Однако, несмотря на полную разработанность программы организации помощи умственно отсталым в России, все попытки сделать эту программу государственной не имели успеха.

Таким образом, в России к началу XX в. забота об аномальных осуществлялась благотворительными организациями.

Новое отношение к детям с нарушениями развития и инвалидам формируется в нашей стране после Октябрьской революции. Забота об этих детях стала государственной: больные и обездоленные дети получили право на воспитание, обучение и лечение. В совокупности все мероприятия государства, направленные на борьбу с беспризорностью, дефективностью, защиту прав, общее оздоровление подрастающего поколения, стали именоваться «охраной детства». Лозунг «Все дети - дети всего государства» определял отношение к детям в первые годы Советской власти.

Охрана детства стала обязанностью Наркомпроса, Наркомсобеса, Наркомздрава, Наркомюста, ВЧК, детской комиссии при ВЦИКе.

В первые годы Советской власти деятельность специальных школ регламентировалась главным образом решениями различных съездов, конференций (например, съезд социально-правовой охраны несовершеннолетних - СПОН 1924 г.). Единственными официальными документами об учреждениях этого вида были декреты Совнаркома РСФСР: «О согласовании функции Наркомпроса, Наркомздрава и Наркомсобеса» (1919 г.) и «О согласовании функций Наркомздрава и Наркомпроса» (1929 г.).

В 1926 г. Наркомпрос РСФСР издал распоряжение «Об отборе детей во вспомогательные детские учреждения», которое стало первым официальным указанием о комплектовании вспомогательных школ.

Впервые типы учреждений для детей с нарушениями развития были определены в постановлении Совнаркома РСФСР «Об учреждениях для глухонемых, слепых и умственно отста-

лых детей и подростков» (1926 г.), Положении «О вспомогательной школе и вспомогательных группах для умственно отсталых детей» (1928 г.), в котором обобщались все ранее изданные документы о специальных школах, применительно к школе вспомогательной.

Самым значительным событием в жизни вспомогательной школы является принятие коллегией Наркомпроса в 1931 г. решения о введении всеобщего обязательного обучения дефективных детей в возрасте от 8 до 15 лет. Этим же решением вспомогательная школа была преобразована во вспомогательную фабрично-заводскую семилетку.

В нашей стране специальными государственными актами сняты политические и гражданские ограничения с детей, имеющих нарушения в физическом и умственном развитии.

Особую остроту проблема воспитания и обучения лиц с нарушениями развития приобрела после Второй мировой войны, так как оставалось мало государств, где бы в той или иной мере не осуществлялась помощь таким детям. Такой толчок в развитии эта проблема получила вследствие ряда факторов.

В первую очередь повышение внимания к таким лицам было вызвано прогрессом в развитии экономики, образования, общей культуры и социальной жизни общества. Все это вело к росту требований к интеллектуальным качествам человека и его образовательному цензу.

Введение обязательного обучения в развивающихся странах и повышение всеобщего образовательного ценза в развитых странах выдвинули проблему дифференциации детей по их познавательным возможностям и соответственно проблему дифференциации обучения.

Кроме того, после Второй мировой войны большое развитие получила проблема прав человека в международном масштабе, так как в отдельных странах Европы, в Америке уже в XIX-XX вв. было провозглашено равенство всех людей перед законом.

Однако проблема прав человека привлекает внимание как в рамках внутринациональных отношений, так и на международном уровне.

Возникновение международного сотрудничества по содействию всеобщему уважению и соблюдению прав человека в основном связано с учреждением и деятельностью ООН (1946 г.) - Международной организации по поддержанию мира и безопасности. '

Идея прав человека появилась еще до возникновения ООН, однако только с ее созданием она получила официальное и

всеобщее признание. Права человека - один из основных объектов деятельности ООН.

Международное сотрудничество государств в области прав человека протекает в определенных формах:

- создание единых универсальных стандартов прав и свобод человека, которые должны обязательно соблюдаться;
- принятие на себя государствами-участниками международных договоренностей, обязательств придерживаться данных стандартов в рамках внутреннего правопорядка;
- создание специального механизма контроля за соблюдением принятых государствами обязательств; этот механизм включает в себя процедуру представления в различные международные комитеты (например, в Экономический и Социальный Совет ООН, Комиссию по правам человека) докладов-отчетов государств-участников о проведении ими в жизнь положений соглашений.

В 1948 г. Генеральная Ассамблея ООН утвердила Всеобщую декларацию прав человека. Это пакет международных документов об экономических, социальных и культурных правах людей; основной международный кодекс поведения в области прав человека.

В преамбуле к Декларации подчеркивается, что основой свободы, справедливости и всеобщего мира является признание достоинства, присущего всем членам человеческой семьи, и равных и неотъемлемых прав их. Отмечается, что пренебрежение и презрение к правам человека приводит к варварским актам.

В первой статье Декларации сказано, что все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах.

Каждый человек должен обладать всеми правами и свободами, провозглашенными в данной Декларации, без какого бы то ни было различия, как-то: в отношении расы, цвета кожи, языка, пола, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения (ст. 2).

Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность (ст. 3). Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению и наказанию (ст. 5).

Все люди равны перед законом и имеют право, без всякого различия, на равную защиту закона (ст. 7). Никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь (ст. 12). Каждый человек как член общества имеет право на социальное обеспечение и на осуществление необходимых для поддержания его достоинства и для свобод-

ного развития его личности прав в экономической, социальной и культурной областях (ст. 22).

Каждый человек имеет право на труд, на свободный выбор работы, на справедливые и благоприятные условия труда и на защиту от безработицы. Каждый человек, без какой-либо дискриминации, имеет право на равную оплату за равный труд. Каждый работающий имеет право на справедливое и удовлетворительное вознаграждение, обеспечивающее его достойное существование для него самого и его семьи и дополняемое, при необходимости, другими средствами социального обеспечения (ст. 23, пп. 1, 2, 3).

Каждый человек имеет право на отдых и досуг, включая право на разумное ограничение рабочего дня и на оплачиваемый периодический отпуск (ст. 24).

Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам. Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой (ст. 25, пп. 1,2).

Каждый человек имеет право на образование. Образование должно быть бесплатным по меньшей мере в том, что касается начального и общего образования. Начальное образование должно быть обязательным. Механическое и профессиональное образование должно быть общедоступным, и высшее образование должно быть доступным для всех на основе способностей каждого. Образование должно быть направлено к полному развитию человеческой личности и к увеличению уважения к правам человека и основным свободам (ст. 26, пп. 1,2).

Каждый человек имеет обязанности перед обществом, в котором только и возможно свободное и полное развитие его личности. При осуществлении своих прав и свобод каждый человек должен подвергаться только таким ограничениям, -какие установлены законом исключительно с целью обеспечения должного признания и уважения прав и свобод других и удовлетворения справедливых требований морали, общественного порядка и общего благосостояния в демократическом обществе.

Всеобщая Декларация прав человека была провозглашена .. в качестве задачи, к выполнению которой должны стремиться все народы и все государства с тем, чтобы каждый человек и

каждый орган общества постоянно имел в виду настоящую Декларацию, стремились путем просвещения и образования содействовать уважению этих прав и свобод и обеспечению их всеобщего признания.

Для реализации этих положений в 1948 г. была создана Международная федерация по внесемейному воспитанию ЮНЕСКО - ЮНИСЕФ (ФИЦЕ). Она включала в себя такие организации, как Немецкое патриотическое благотворительное общество (в ФРГ), Международная ассоциация по воспитанию в детских учреждениях (во Франции), Ассоциация социальной заботы (в Великобритании), Центральный союз благополучия детей (в Финляндии). Всего в настоящее время Федерация объединяет порядка 20 национальных секций, действующих в европейских странах. Таким образом, принятие этого документа позволило ФИЦЕ выступить в защиту прав детей независимо от их национальностей, расы.

В 1959 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация прав ребенка, развившая положения Всеобщей декларации прав человека. Декларация прав ребенка основывается на положении, что ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе. Декларация подчеркивает, что человечество обязано дать ребенку лучшее, что оно имеет. В ней провозглашены 10 принципов предоставления прав и свобод ребенку. Вот эти принципы:

1. Ребенку должны принадлежать все указанные в настоящей Декларации права. Эти права должны признаваться за всеми детьми без исключений и без различия и дискриминации по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства, касающегося ребенка или его семьи.

2. Ребенку законом или другими средствами должна быть обеспечена специальная защита и предоставлены возможности и благоприятные условия, которые позволили бы ему развиваться физически, умственно, нравственно, духовно и в социальном отношении здоровым и нормальным путем и в условиях свободы и достоинства. При издании с этой целью законов главным соображением должно быть наилучшее обеспечение интересов ребенка.

3. Ребенку должно принадлежать с его рождения право на имя и гражданство.

4. Ребенок должен пользоваться благами социального обеспечения. Ему должно принадлежать право на здоровый рост и развитие, с этой целью специальные уход и охрана должны

быть обеспечены как ему, так и его матери, включая дородовой и послеродовой уход. Ребенку должно принадлежать право на надлежащее питание, жилище, развлечение и медицинское обслуживание.

5. Ребенку, который является неполноценным в физическом, психическом или в социальном отношении, должны обеспечиваться специальный режим, образование и заботы, необходимые ввиду его особого состояния.

6. Ребенок для полного и гармоничного развития его личности нуждается в любви и понимании. Он должен, когда это возможно, расти на попечении и под ответственностью своих родителей и во всяком случае в атмосфере любви, моральной и материальной обеспеченности: малолетний ребенок не должен, кроме тех случаев, когда имеются исключительные обстоятельства, быть разлучаем со своей матерью. На обществе и на органах публичной власти должна лежать обязанность осуществлять особую заботу о детях, не имеющих достаточных средств к существованию. Желательно, чтобы многодетным семьям предоставлялись государственные или иные пособия на содержание детей.

7. Ребенок имеет право на получение образования, которое должно быть бесплатным и обязательным, по крайней мере на начальных стадиях. Ему должно даваться образование, которое способствовало бы его общему культурному развитию и благодаря которому он мог бы, на основе равенства возможностей, развить свои способности и личное суждение, а также сознание моральной и социальной ответственности и стать полезным членом общества.

Наилучшее обеспечение интересов ребенка должно быть руководящим принципом для тех, на ком лежит ответственность за его образование и обучение; эта ответственность лежит прежде всего на его родителях.

Ребенку должна быть обеспечена полная возможность игр и развлечений, которые были бы направлены на цели, преследуемые образованием; общество и органы публичной власти должны прилагать усилия к тому, чтобы способствовать осуществлению указанного права.

8. Ребенок должен при всех обстоятельствах быть среди тех, кто первым получает защиту и помощь.

9. Ребенок должен быть защищен от всех форм небрежного отношения, жестокости и эксплуатации. Он не должен быть объектом торговли в какой бы то ни было форме.

Ребенок не должен приниматься на работу до достижения надлежащего возрастного минимума, ему ни в коем случае не

должны поручаться или разрешаться работа или занятие, которые были бы вредны для его здоровья или образования или препятствовали его физическому, умственному или нравственному развитию.

10. Ребенок должен ограждаться от практики, которая может поощрять расовую, религиозную или какую-либо иную форму дискриминации. Он должен воспитываться в духе взаимопонимания, терпимости, дружбы между народами, мира и всеобщего братства, а также в полном сознании, что его энергия и способности должны посвящаться служению на пользу других людей.

Возрастание социальной значимости проблемы воспитания и обучения детей с недостатками развития, наличие больших трудностей в ее решении выдвигают эту проблему в качестве международной. Многие государства испытывают потребность в выработке определенных международных принципов, которые могли бы быть положены в основу их деятельности в области специального образования и морально стимулировали бы эту деятельность. Некоторые государства нуждаются не только в моральной поддержке, но и в материальной и консультативной помощи. Поэтому эти проблемы стали предметом внимания многих организаций, функционирующих под эгидой ООН. В их числе ЮНЕСКО, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Отдел специальных служб ООН, Отдел реабилитации ООН, Международная организация труда (МОТ), Международная лига обществ помощи умственно неполноценным лицам и т.д.

Усилия этих организаций в основном направлены на решение следующих проблем: выявление биологических и социальных причин нарушений развития; разработка методов и критериев диагностирования отклонений; определение долга общества, государства в отношении этих лиц; изучение путей совершенствования системы помощи таким лицам всех возрастов; определение путей социальной адаптации и реабилитации; разработка правового положения инвалидов и т.д.

В 50-е годы в разных странах специальным обучением было охвачено значительное количество детей.

В США обязательное специальное обучение для умственно отсталых детей было введено в 1950 г.

В Германии в 1951 г. правительство приняло постановление «Об обучении и воспитании детей и подростков со значительными физическими и психическими дефектами», в соответствии с которым в стране стали создаваться школы и классы, дошкольные группы в учреждениях органов здравоохра-

нения, где проводилось длительное стационарное лечение детей. Затем стали открываться дневные школы, относящиеся к системе народного образования.

В Японии согласно закону «О специальных мерах по организации государственных школ для аномальных» (1956 г.) государство взяло на себя расходы по строительству специальных школ, по оснащению их необходимыми техническими средствами обучения. В то время по всей стране действовали специальные классы для детей с интеллектуальной недостаточностью, для слепых и глухих при начальных школах.

В 1960 г. в Женеве состоялась XXIII¹ Международная конференция по народному образованию, которая приняла Конвенцию о борьбе с дискриминацией в области образования. В Конвенции отмечалось, что аномальные дети в зависимости от своих возможностей имеют право на образование в специальных учебных заведениях и в обычных школах среди нормальных сверстников. Достижения в области медицины, психологии и лечебной педагогики позволяют выявить умственно отсталых детей и организовать их обучение при помощи методов, основанных на дифференциации и индивидуализации обучения.

Конференция разработала ряд рекомендаций по вопросам организации специального образования: по возможности раньше, еще в дошкольном возрасте, выявлять умственно отсталых детей; выявлять умственную отсталость с помощью таких методов, которые обеспечивали бы предельную объективность; осуществлять принцип обязательности образования умственно отсталых, исходя из возможностей органов образования той или иной страны. Длительность обучения умственно отсталых не должна быть меньше, чем длительность обязательного обучения; давать умственно отсталым бесплатное образование даже в том случае, если специальное обучение требует значительных финансовых расходов; создавать различные типы классов и учреждений на основе учета разнообразия форм умственной отсталости; для детей с более глубокими степенями отсталости более целесообразно организовать специальные школы с интернатами, и без них. Интернаты рекомендуются и тогда, когда умственная отсталость сопровождается недостатками поведения; лиц, проживающих в малонаселенных пунктах, где невозможно открыть специальную школу или класс, рекомендуется обеспечить (индивидуализированным обучением в обычных классах; транспортными средствами на предмет доставки в ближайшую специальную школу или класс; обучением на дому; возможностью

находиться в интернате); индивидуализировать обучение соответственно способностям, потребностям и уровню развития мышления каждого ребенка; вместе с тем для развития социального сознания ребенка необходимо предусмотреть занятия в группе; поручать одному учителю (по возможности) не более 15 учеников; не пренебрегать повторением и упражнениями, необходимыми для закрепления приобретенных навыков и знаний; необходимо также уделять внимание воспитанию таких черт характера и привычек поведения, которые были бы приемлемы с моральной и социальной точек зрения, могли бы компенсировать недостатки ума и дать уверенность в себе; иметь в виду, что игра, физическое и ритмическое воспитание, занятия музыкой и хоровым пением, рисованием и пластикой являются неотъемлемой частью обучения умственно отсталых детей; эти средства выражения приучают к самодисциплине и способствуют гармоническому развитию личности; сотрудничество школы с семьей (учителя и, если возможно, социальные работники должны вести с родителями и опекунами постоянную работу, чтобы научить их понимать своеобразие недоразвитого ребенка; родителей и опекунов нужно привлекать к участию в школьных или внешкольных мероприятиях; создавать дошкольные курсы и учебные мастерские с длительными периодами обучения, если специальная школа не может дать настоящего профессионального обучения; помогать умственно отсталой молодежи в трудоустройстве; осуществлять за умственно отсталыми надзор и после того, как они закончили школу; с этой целью следует развивать соответствующие частные и официальные учреждения, которые поддерживали бы контакты с умственно отсталыми и их семьями, обеспечивали бы их социальную защиту; ввиду необходимости сохранить тесные связи между обычным и специальным образованием, а также в связи с тем, что у многих учителей обычных школ в классе могут оказаться дети, которым обучение дается с большим трудом, совершенно необходимо, чтобы все учителя и инспектора обычных школ получали точную информацию о проблемах умственной отсталости.

Представляет большой интерес и позиция ВОЗ в вопросах социальной и трудовой реабилитации и адаптации лиц с нарушениями развития: подчеркивается, что успешность в решении этой проблемы зависит не столько от степени овладения той или иной квалификацией, но и от адекватности реакции и поведения, от умения устанавливать нормальные взаимоотношения с окружающими, правильно воспринимать замечания и критику и от других качеств личности.

Во второй половине 60-х годов одним из аспектов гуманизации школы на Западе являлось предоставление равных шансов для полноценной школьной жизни детям с отставанием в развитии и упразднение специальных школ для аномальных детей. Речь идет о создании общей интегрированной школы, объединяющей в своих стенах учащихся с разными образовательными возможностями.

В эти годы разворачивается широкое общедемократическое движение за права человека и социальную справедливость в сфере образования. Под напором этого движения политики постепенно осознают тот факт, что ранняя интеграция детей с нарушениями развития в обычные школы - залог их последующего успешного вхождения в трудовую и общественную жизнь.

В 1969 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Декларацию социального благосостояния, прогресса и развития, в которую вошли положения Конвенции о пособиях по инвалидности, по старости и по случаю потери кормильца (1967 г.). В Декларации говорится о создании и улучшении системы социального обеспечения и услуг социального попечительства для всех лиц, которые ввиду болезни, нетрудоспособности временно или постоянно не могут зарабатывать на жизнь, с целью обеспечения надлежащего уровня жизни для таких лиц.

Предусматривались также защита прав и обеспечение благосостояния детей-инвалидов, обеспечение и защита людей с физическими и умственными недостатками, отмечалась необходимость принятия надлежащих мер по восстановлению трудоспособности лиц с умственными и физическими недостатками, особенно детей и молодежи, чтобы помочь им в возможно полной мере стать полезными членами общества. Такие меры должны включать предоставление возможности лечения, обучения, профессиональной и социальной ориентации, льгот при трудоустройстве, создание социальных условий, в которых нетрудоспособные лица не подвергались бы дискриминации. Декларация - это заявление о социальных и правовых принципах, касающихся защиты и благополучия детей, особенно при передаче детей на воспитание в государственные учреждения или их усыновлении на национальном и международном уровнях.

Значительным событием явилось принятие Декларации о правах умственно отсталых лиц (1971 г.).

Декларация признает/ необходимость оказания умственно отсталым лицам помощи в развитии их способностей в различных областях деятельности и содействия по мере возмож-

ности включения их в обычную жизнь общества. И тем не менее считается также, что некоторые страны на определенных этапах своего развития могут приложить лишь ограниченные усилия в данной области.

В Декларации особенно подчеркивается, что умственно отсталое лицо имеет в максимальной степени осуществимости те же права, что и другие люди: право на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которые позволяют ему развивать свои способности и максимальные возможности. Умственно отсталое лицо имеет также право на материальное обеспечение и на удовлетворительный жизненный уровень. Оно имеет право продуктивно трудиться или заниматься каким-либо другим полезным делом в полную меру своих возможностей. В тех случаях, когда это возможно, умственно отсталое лицо должно жить в кругу своей семьи или с приемными родителями и участвовать в различных формах жизни общества. Семьи таких лиц должны получать помощь. В случае необходимости помещения такого человека в специальное заведение необходимо сделать так, чтобы новая среда и условия как можно меньше отличались от условий обычной жизни. Умственно отсталое лицо имеет право пользоваться квалифицированными услугами опекуна в тех случаях, когда это необходимо для защиты его личного благосостояния и интересов. Умственно отсталое лицо имеет право на защиту от эксплуатации, злоупотреблений и унижительного обращения. В случае судебного преследования в связи с каким-либо деянием оно должно иметь право на должное осуществление законности, полностью учитывающее степень умственного развития. Если вследствие серьезного характера инвалидности умственно отсталое лицо не может осуществлять свои права или же возникает необходимость в ограничении или аннулировании некоторых или всех таких прав, то процедура, применяемая в целях такого ограничения или аннулирования, должна предусматривать надлежащие правовые гарантии от любых злоупотреблений. Эта процедура должна основываться на оценке квалифицированными специалистами общественно полезных возможностей умственно отсталого лица, а также предусматривать периодический пересмотр и право апелляции в высшие инстанции.

Декларация о правах умственно отсталых лиц включала положения Декларации общих и специальных прав умственно отсталых, которая была принята в 1968 г. Международной ассоциацией по правам умственно отсталых и провозглашала

право умственно отсталых детей на специальное обучение. Сама Международная ассоциация была создана при ООН как специальный орган в 1956 г. Эти две декларации могут быть реализованы только в том случае, если -каждое государство начнет на деле осуществлять положения, входящие в них.

Так, в США в начале 70-х годов был принят закон, согласно которому все обучаемые умственно отсталые должны получить возможность обучаться в специальных учреждениях. Ребенок считается обучаемым, если он обладает потенциальными возможностями к обучению, способен получать пользу от обучения и воспитания в таких областях, как социальная компетентность, эмоциональная стабильность, уход за собой, пригодность к какой-либо работе.

С 70-х годов в США вопросы специального обучения аномальных детей начинают привлекать внимание не только педагогов, психологов, но и юристов. В конце 1971-1972 гг. в Калифорнии впервые в истории Америки состоялся судебный Пеннсилванский процесс, в результате которого окружной суд принял постановление, в соответствии с которым руководству штата вменялось в обязанность обеспечить каждому умственно отсталому человеку в возрасте от 6 лет до 21 года доступ к общественному образованию и профессиональной подготовке в соответствии с его способностями к обучению и лечению.

После принятия этих законов в США начались реформы образования, в ходе которых был провозглашен курс на максимальную подготовку учащихся с отклонениями в интеллектуальном и физическом развитии к жизни и профессиональному труду. Ориентирование таким образом образования было не что иное, как организованный процесс социальной адаптации.

В 1975 г. в США был издан закон под названием «Мейн-стримминга» об образовании детей с трудностями в обучении, принятием которого американское федеральное правительство поставило проблему интеграции в ранг общенациональных задач. Согласно этому закону каждый ущербный ребенок в возрасте от 3 лет до 21 года имеет право на выбор наиболее оптимальной для него формы бесплатного школьного обучения и благоприятной школьной среды. Закон предусматривал широкую систему контроля, гарантирующую его выполнение. Значение этого закона для аномальных детей существенно, так как он демонстрировал стремление федерального правительства воздействовать на учебные заведения, всю школьную систему в направлении ее гуманизации в самом широком плане; сделанный в нем акцент на процедурных вопросах отража-

ет всевозрастающую роль правового мышления и влияния юрисдикции на школьную политику и культуру; та власть, которую закон дал до этого практически бесправным родителям ущербных детей, имеет большое социальное значение, так как заставляет снова задуматься над вопросами: кому принадлежат школы? зачем они нужны?

Справедливость требует дать ущербным детям максимум возможностей для обретения ими полноценной социальной жизни. Общество пришло к пониманию, что в соответствии с общечеловеческой моралью и требованием социальной справедливости в образовании - дискриминация неполноценных детей недопустима. Максимальное включение таких детей в обычные школьные классы не только способствует их социальной адаптации, но и «оздоравливает» эмоциональную сферу их нормальных сверстников.

Закон гарантировал ребенку максимальную степень связанной с его ущербностью специализации обучения, необходимой в каждом индивидуальном случае. Для ее установления в американских школах действуют особые междисциплинарные комиссии с участием наделенных широкими правами родителей ребенка.

Школьный возраст для глубоко умственно отсталых установлен законом от 6 до 17 лет. Обучение этих детей осуществляется в учреждениях различных типов, они могут находиться в интернатах-клиниках, где жить с младенчества до старости,

В Германии в начале 70-х годов в результате активной деятельности Общества по реабилитации аномальных детей и подростков в Конституции было закреплено право на труд и образование лиц с физическими и психическими недостатками, ставилась задача обеспечения специальным постоянным наблюдением за аномальными детьми и взрослыми и приобщение их к посильному труду. Для этого в стране были созданы дефектологические консультационные пункты, которые оказывают помощь аномальным детям в лечении, обучении и трудоустройстве.

В Дании с 70-х годов усилия государства, местных властей, общественных организаций направлены на реабилитацию и интеграцию детей с нарушениями развития. Цель специального образования - в максимальном развитии индивидуальных возможностей каждого ребенка, а своеобразие - в использовании специфических учебных программ индивидуальной и групповой работы, приспособлений при обучении и для облегчения различных видов деятельности этих детей. Такое обучение осуществляется в государственных специальных

школах, школах-интернатах, частных школах, в начальных общественных (массовых) школах, где дети с нарушениями развития могут заниматься в специализированных и общих классах с использованием специальных учебных пособий.

В процессе учебной и воспитательной работы детям стараются дать почувствовать, что они такие же, как и все остальные дети, и так же, как все, учатся в школе.

В первой половине 70-х годов на аномальных детей в Дании распространялось действие Закона об обязательном 7-летнем обучении, ответственность за выполнение которого была возложена на местные власти. Молодые люди, имеющие те или иные сенсорные или моторные нарушения, могли продолжать учебу в различных колледжах. Каждый район имеет Центр обучения детей с нарушениями развития. Удобное территориальное расположение - одно из условий функционирования Центров, к которым прикреплены консультанты-врачи по соответствующим специальностям.

В 1975 г. Генеральная Ассамблея ООН провозгласила Декларацию о правах инвалидов - документ, в котором уточнены и расширены права аномальных лиц. Общество понимало, что необходимо предупреждать инвалидность, вызванную физическими и умственными недостатками; оказывать инвалидам помощь в развитии их способностей в различных областях деятельности и содействовать включению их в нормальную жизнь.

В Декларации дано определение термину «инвалид», что означает любое лицо, которое в силу недостатка физических или умственных способностей не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и социальной жизни (ст. 1).

Инвалиды должны пользоваться всеми правами, изложенными в настоящей Декларации.

Эти права должны быть признаны за всеми инвалидами без каких бы то ни было исключений и без различия и дискриминации по различным признакам, независимо от того, относится ли это к самому инвалиду или к его семье (ст. 2). Инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства. Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной и полнокровной (ст. 3). Инвалиды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица; пункт 7

Декларации о правах умственно отсталых лиц применяется к любому возможному ограничению или ущемлению этих прав в отношении умственно неполноценных лиц (ст. 4).

Инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать им возможность приобрести как можно большую самостоятельность (ст. 5); на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции (ст. 6).

Инвалиды имеют право на экономическое и социальное обеспечение и на удовлетворительный уровень жизни. Они имеют право в соответствии со своими возможностями получить и сохранить за собой рабочее место или заниматься полезной, продуктивной и вознаграждаемой деятельностью (ст. 7). Инвалиды имеют право на то, чтобы их особые нужды принимались во внимание на всех стадиях экономического и социального планирования (ст. 8).

Инвалиды имеют право жить в кругу своей семьи или в условиях, заменяющих ее, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Что касается его или ее места жительства, то ни один инвалид не может подвергаться какому-либо особому обращению, не требующемуся в силу состояния его или ее здоровья. Если пребывание инвалидов в специальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно ближе соответствовать среде и условиям нормальной жизни (ст. 9).

Инвалиды должны быть защищены от какой бы то ни было эксплуатации, от любых видов обращения, носящих дискриминационный, оскорбительный или унижающий характер (ст. 10).

Инвалиды должны иметь возможность пользоваться квалифицированной юридической помощью, когда подобная помощь является необходимой для защиты их личности и имущества; если они являются объектом судебного преследования, они должны пользоваться обычной процедурой, полностью учитывающей их физическое или умственное состояние.

В 1978 г. состоялся VII Всемирный конгресс Международной лиги обществ содействия умственно отсталым (МЛОСУО), который был посвящен вопросам соблюдения Декларации

прав умственно отсталых (1971 г.) и Декларации о правах инвалидов (1975 г.). Обсуждались проблемы планирования будущего умственно отсталых, их проживания, трудовой подготовки, правовые вопросы.

На конгрессе было подчеркнуто, что из-за неразработанности проблемы преемственности в работе учреждений для умственно отсталых, последние, окончив школу, осознают, что для них в обществе нет приемлемого места работы. Отмечалось, что, для того, чтобы сформировать по возможности более полноценного члена общества из умственно отсталого, необходимо формировать у него положительное отношение к работе; была затронута проблема патронажа, указывалось, что аномальный ребенок не должен постоянно видеть себе подобных. Важно, чтобы умственно отсталые понимали, что их труд служит вкладом в общее дело по улучшению жизни всех людей. На итоговых заседаниях Конгресса был провозглашен принцип активной интеграции и нормализации аномальных детей.

ООН провозгласил 1979 г. Международным годом ребенка. В Германии получает всестороннее научное обоснование концепция интегративной педагогики, которая была разработана Германским советом по образованию и заключалась в педагогическом стимулировании уязвимых детей, а также предусматривала возможно более широкую их интеграцию в обычные школы. Предполагалось также внедрение уроков и курсов, обеспечивающих большую мобильность и вариативность интеграции.

В 80-е годы в Германии на основе интегративной педагогики провозглашается отказ от единообразия в организации процессов учения и обучения, от единых требований к успеваемости учащихся, от одинаковых для всех детей темпов усвоения учебного материала, провозглашается курс на большую внутреннюю дифференциацию в рамках школьной жизни. Интегрированная школа призвана обеспечить разным детям возможности для понимания и принятия друг друга, для плодотворного взаимодействия на гуманистической основе. А это есть не что иное, как практическая реализация статей Декларации о правах умственно отсталых лиц Декларации о правах инвалидов - включение аномальных детей в полную жизнь общества.

В США процесс интеграции активизировался в конце 70-х - начале 80-х годов в связи с движением за гражданские права. Положение об интеграции по настоянию общественности • было внесено в Дополнение к Акту об образовании и узаконено в 1981 г. Основанием этого положения послужили такие

психологические концепции, как «гипотеза контакта» и теория «моделирования», в соответствии с которыми интеграция способствует тому, что дети, имеющие дефекты развития, могут моделировать свое поведение по образцу поведения нормальных сверстников.

В задачи специального образования входит обеспечение доступности бесплатного обучения детям всех категорий с отклонениями в развитии; защита прав этих детей, их родителей или попечителей; оказание помощи всем школам, обучающим детей с теми или иными дефектами, в финансовом и организационном плане; обеспечение эффективности обучения с целью удовлетворения всех нужд детей этой категории.

Особое место в Акте об образовании отводится положению о возможности для ребенка с нарушениями развития обучаться в «наименее ограниченной окружающей среде», т.е. по мере возможности совместно с нормальными сверстниками. Это положение предусматривает два пути в организации обучения:

- обучение в массовой школе совместно с нормальными детьми, если дефект позволяет ребенку овладевать программой и контактировать с одноклассниками;
- обучение в специальном классе при массовой школе, где часть времени отводится на занятия по коррекции и компенсации имеющегося дефекта с целью лучшего усвоения программного материала.

Первой школой США, которая интегрировала своих учащихся в обычные классы, была Лексингтонская школа-интернат для глухих в Нью-Йорке. Как показала практика, только 5% глухих учащихся смогли обучаться в массовой школе, хотя они имели сурдопереводчика, который помогал вести беседы со слышащими одноклассниками. По мнению экспертов, обучение в этих условиях может нанести психологический ущерб личности глухого, поскольку он осознает, что имеет право быть в мире слышащих только потому, что ведет борьбу за это право и получает постоянную специальную помощь.

Дети с эмоциональными расстройствами учились в основном в массовых школах (по 2-3 ребенка в классе, получая постоянную помощь врача-невропатолога) или проходили курс лечения в стационарах.

Дети с трудностями в обучении, которых раньше относили к группе умственно отсталых, обучались в массовой школе при дополнительной помощи дефектолога и психолога.

Умственно отсталые дети с легкой степенью дефекта обучались в специальных классах при массовых школах; с более выраженным дефектом - в специальных школах.

Для детей с нарушением зрения существуют разные формы обучения, в зависимости от тяжести поражения зрения. Обучение может быть организовано в массовой школе при регулярном офтальмологическом осмотре и дополнительной педагогической помощи; в коррекционном классе или специальных школах.

Из вышесказанного следует, что в Америке обозначилась тенденция обучения детей со слабо выраженным дефектом либо в массовой школе с оказанием ребенку специальной педагогической помощи, либо в специальном классе при массовой школе. В соответствии с Актом об образовании школа получает денежные средства от государства в расчете на каждого ученика.

В 1983 г. была провозглашена Конвенция о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, в которой сказано, что 1981 г. - год инвалидов - проходил под девизом: «Полное участие и равенство инвалидов в социальной жизни и развитии», а для осуществления этой цели и надо проводить эффективные меры на международном и национальном уровнях.

В Конвенции термин «инвалид» определяется как лицо, возможности которого получать, сохранять подходящую работу и продвигаться по службе значительно ограничены в связи с физическими и психическими дефектами, поэтому задача профессиональной реабилитации - способствовать его социальной интеграции. Положения Конвенции распространяются на все категории инвалидов (ст. 5).

Отмечается, что каждое государство в соответствии с национальными условиями, практикой и возможностями разрабатывает, осуществляет и периодически пересматривает национальную политику в области профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (ст. 2). Данная политика основана на принципе равенства возможностей инвалидов и трудящихся в целом.

Принимаются меры для создания и развития служб профессиональной реабилитации и занятости инвалидов в сельских районах и отдаленных местностях (ст. 8). Каждое государство-член ставит целью обеспечивать подготовку и наличие консультантов по реабилитации и персонала, отвечающего за профессиональную ориентацию, обучение, трудоустройство и занятость инвалидов (ст. 9). Остальные положения Конвенции посвящены традиционным правовым вопросам инвалидов.

В качестве подтверждения реализации этих положений приведем примеры некоторых государств-членов ООН. В Германии и Польше на высоком уровне находится система профори-

ентации и профессиональной подготовки инвалидов. В I (опыт¹ существуют так называемые балансы здоровья, контролируемые развитие детей разных возрастных групп и обеспечившие в дальнейшем возможность трудоустройства инвалидов и соответствии с их способностями. В Германии активно действуют реабилитационные мастерские для людей с различными дефектами, существует Закон о трудоустройстве и охране прав работающих умственно отсталых лиц, а действующие лечебно-трудовые мастерские находятся под опекой и контролем обществ содействия интеллектуально неполноценным лицам. По Закону, каждый ребенок с нарушениями развития должен пройти в той или иной форме специальное обучение.

В Дании существуют «покровительствуемые мастерские», где инвалиды могут использовать свои простейшие трудовые навыки; здесь же им обеспечивается постоянное место работы на льготных условиях (например, глубоко умственно отсталые выполняют упаковочные работы, работы по сборке игрушек и электроарматуры и др.).

В 1985 г. в Гамбурге проходил I Европейский Конгресс по проблеме умственной отсталости, в работе которого принимали участие члены Международной лиги обществ помощи лицам с умственным дефектом, которая насчитывает около 100 обществ из 67 стран всех континентов. Конгресс проходил под девизом «нормализации», которая рассматривалась как общественно политическая концепция, предусматривающая отношение к умственно отсталым в области образования, обслуживания, жилищных условий, трудовой деятельности и образа жизни, как к лицам с нормальной психикой.

Принцип нормализации для инвалидов означает вовлечение в нормальную жизнь среди здоровых людей, а для общества - помощь инвалидам в продуктивной деятельности. В основе данного принципа лежит подход к умственно отсталому инвалиду как к обычному гражданину, как к человеку, у которого, как и у всех других, есть свои проблемы.

Было подчеркнуто, что пребывание инвалидов в изолированных учреждениях в течение длительного времени усугубляет их инвалидность. Отсюда делается правомерный вывод о важности общения со здоровыми окружающими людьми, что обогащает и закрепляет приобретенный инвалидами опыт и дает им уверенность в своей независимости. Освещалось развитие концепции нормализации в США и Канаде. Развитие и внедрение этого принципа привело ассигнованию на службы для умственно отсталых. Конечная цель нормализации - это повышение социальной роли людей, оказавшихся в положе-

нии отверженных, предоставление им права участия в социальной жизни.

Тенденция к максимально возможному вовлечению уязвимых детей в обычные школы определяет в настоящее время динамику школьной культуры во многих странах мира. В ряде стран ЕС уже проведены радикальные структурные преобразования, приведшие к полному упразднению спецшкол (Швеция, Дания, Италия).

В 1989 г. была принята Конвенция о правах ребенка - «великая хартия вольностей для детей», «мировая конституция прав ребенка», которая конкретизирует, углубляет положения Декларации прав ребенка, возлагая на принявшие ее государства прежде всего правовую ответственность за их действия в отношении детей.

Положения Конвенции сводятся к 4 основным требованиям, которые должны обеспечить права детей: выживание, развитие, защита и обеспечение активного участия в жизни общества (ст. 6).

В этом акте заложены два основополагающих принципа:

1) ребенок является самостоятельным субъектом права, по этому, охватывая весь комплекс гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, концепция одновременно признает, что осуществление одного права неотделимо от осуществления других;

2) приоритетность интересов детей перед потребностями семьи, общества религии. Свобода, необходимая ребенку для развития своих интеллектуальных, моральных и духовных способностей, требует не только здоровой и безопасной окружающей среды, соответствующего уровня здравоохранения, питания, одежды и жилища, но предоставление всего этого в первоочередном порядке всегда, в благополучные и трудные годы, в годы войны и мира.

Требования Конвенции весьма современны и вместе с тем представляют собой важные обязательства на будущее. Ведь забота о детях - это прежде всего обязанность взрослых. Уважение Прав человека начинается с отношения общества к своей смене.

Конвенция - это документ высокого социально-нравственного значения, основанного на признании любого ребенка частью человечества, на исключение дискриминации личности по любым мотивам и признакам (ст. 19). Она подчеркивает приоритет интересов детей, специально выделяет необходимость особой заботы со стороны любого государства и общества по отношению к неполноценным детям-сиротам,

детям-инвалидам. В статье 23 записано, что государства-участники признают, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь. Государства признают право неполноценного ребенка на особую заботу и отвечают за оказание этой заботы о нем. Помощь, обеспечение неполноценному ребенку доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, трудовой деятельности, доступа к средствам отдыха, медицинского обслуживания, восстановления здоровья - приводит к наиболее полному, по возможности, вовлечению ребенка в социальную жизнь.

Согласно Конвенции, каждое государство должно привести свое национальное законодательство в соответствие с международным актом. Определяя права детей, Конвенция вводит специальный механизм контроля, в частности наделяет высокими полномочиями специально создаваемый Комитет ООН по правам ребенка.

Конвенция - это документ и высочайшего педагогического значения. Авторитарность в отношении к детям, как родительская, так и педагогическая, - явление интернациональное. Взаимоотношения взрослых и детей должны строиться на другой нравственно-правовой и педагогической основе. Педагогика воспитания должна быть иной - педагогикой доброжелательных отношений личностей - равноправных субъектов права. Вместе с этим стержневым в формировании подрастающего человека является уважительное отношение к закону, к правам других людей, каждого человека.

В 1990 г. ООН были приняты Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и План действий по ее осуществлению. Эти документы - главное обязательство, заключающееся в том, чтобы к 2000 г. обеспечить гарантии нормального физического и умственного развития детей во всем мире. Положения всех ранее принятых документов ООН будут реальны, когда каждое государство-участник начнет на деле их реализацию.

В современном мире уровень цивилизованности общества, авторитет нации ставятся в прямую зависимость от положения детей и глубины заботы о них государства, общества в целом.

За годы Советской власти в нашей стране было принято немало декретов, постановлений, законодательных актов, направленных на улучшение положения детей, охрану материнства и детства. Например, такие документы, как План мероприятий Министерства просвещения по улучшению условий обучения и воспитания детей с дефектами умственного и фи-

зического развития (1970 г.). В том же году был специально рассмотрен вопрос о предупреждении инвалидности среди детей и подростков. Отмечалось, что больше внимания надо уделять трудовой подготовке и трудоустройству учащихся вспомогательных школ, был издан приказ об оснащении школьных мастерских и определен перечень оборудования для специальных школ; в 1975 г. было принято Постановление Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению обучения, трудового устройства и обслуживания лиц с дефектами умственного и физического развития», направленное на развитие и упорядочение сети учреждений для аномальных детей.

В 80-х годах Правительство РСФСР приняло ряд постановлений: «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей-инвалидов» (1981 г.); «О состоянии и мерах дальнейшего развития сети специальных школ, школ-интернатов, дошкольных учреждений и полном охвате обучением и воспитанием аномальных детей» (1983 г.); «О мерах по коренному улучшению воспитания, обучения и материального обеспечения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (1987 г.); «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, охране материнства и детства, укреплению семьи» (1989 г.).

В 1990-1995 гг. научно-методическим Советом при Госкомитете по образованию была принята комплексная программа - «Социально-психологическая поддержка, обучение и воспитание детей с недостатками умственного и физического развития», постановление «О мерах по улучшению работы специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков, имеющих недостатки в физическом и умственном развитии».

Благородная идея, воплощенная в лозунге: «Все лучшее - детям», - оказалась реализованной далеко не полностью. Главные причины тому - низкий уровень экономического развития, ориентированность не на человека, а на вещные компоненты общественного прогресса. В результате хороший лозунг стал мифом, а достижения меркнут на фоне существующих проблем.

В Конвенции ООН о правах ребенка, которая вступила в силу в нашей стране в 1990 г., подчеркнута, что семье как основной ячейке общества и естественной среде для роста и благополучия всех ее членов и особенно детей должна быть предоставлена необходимая защита и содействие. * По последним статистическим данным, в России - 4 млн. 592 тыс. инвалидов, из них детей-инвалидов до 16 лет - 221 тыс.

В принятом в 1990 г. Законе «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР» содержатся ведущие принципы государственной политики и в отношении детей-инвалидов, указывается на необходимость создания условий для их социальной адаптации. Известно, что положение детей-инвалидов - это острейшая социальная проблема. Необходимо прежде всего указать на правовые основы решения этой проблемы. В целях реализации этого Закона Совмин принял в 1990 г. Постановление «О мерах по улучшению работы специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков, имеющих недостатки в физическом и умственном развитии». Постановлением предусмотрено осуществлять меры по выявлению и статистическому учету детей на ранних стадиях заболеваний и детей с отклонениями развития, оказанию своевременной лечебной консультативной помощи. Это позволяет осуществить конкретные мероприятия по своевременной диагностике аномалий развития.

В различных ведомствах создаются собственные системы государственной и социальной помощи населению со специфическими задачами, функциями и объектами.

Медико-социальная служба, создаваемая Департаментом здравоохранения, осуществляет медицинский, социальный патронаж над семьями, имеющими больных детей, родителей-инвалидов; создает медико-психологические службы для пропаганды здорового образа жизни среди населения, в реабилитационных центрах.

Социально-бытовая служба, создаваемая Департаментом соцобеспечения и торговли, выявляет инвалидов детства, одиноких, нуждающихся в помощи; оказывает социально-правовую помощь, организует посильную надомную работу, помогает в ведении хозяйства, в охране их прав и в получении причитающихся льгот. Оказывает социально-психологическую поддержку и помощь в социальной адаптации и реабилитации инвалидов.

Социальная служба благотворительных, общественных и религиозных организаций направлена на оказание социальной помощи и поддержки нуждающимся в социальной защите гражданам: больным, одиноким, инвалидам, детям, лишенным родительского попечения, аномальным детям. Эти службы действуют в больницах, детских домах, домах для престарелых.

Социальная служба заботится о создании собственных социальных приютов и убежищ, реализует реабилитационные программы совместно с государственными организациями и департаментами образования, здравоохранения, соцобеспече-

ния, правоохранительными органами. В Москве открылась Всесоюзная ассоциация социальных педагогов и работников (ВАСОПиР), выполняющая функцию социальной службы.

Личность свободна в том обществе, где господствуют демократия, законность и другие принципы правового государства. А социальное благополучие человека составляет предпосылку и основу подлинной свободы личности. Обеспечение его зависит от социальной политики общества, государства и от качества нормативных актов, регулирующих распределение жизненных благ.

Декларация прав и свобод человека и гражданина была провозглашена в 1991 г. В преамбуле отмечается, что права и свободы человека, его честь и достоинство являются высшей ценностью общества и государства. Кроме того, отмечается необходимость приведения законодательства РСФСР в соответствие с общепризнанными международным сообществом стандартами прав и свобод человека.

Общепризнанные международные нормы, относящиеся к правам человека, имеют преимущество перед законами РСФСР и непосредственно порождают права и обязанности граждан РСФСР (ст. 1). Равенство прав и свобод гарантируется государством независимо от каких-либо обстоятельств (ст. 3). Осуществление человеком своих прав и свобод не должно нарушать права и свободы других лиц (ст. 4).

Каждый имеет право на образование. Общедоступность и бесплатность образования гарантируется в пределах государственного образовательного стандарта. Основное образование является обязательным (ст. 27).

Государство обеспечивает защиту материнства и младенчества, прав детей, инвалидов, умственно отсталых лиц и некоторых других категорий граждан (ст. 28).

Таким образом, в Декларации прав и свобод человека и гражданина Российской Федерации прослеживается тщательно разработанная система прав и свобод, а также система юридических механизмов и защиты, отражающие общепринятые международные нормы прав человека. Кроме того, важным является установление парламентского контроля за соблюдением прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации и введение института Парламентского уполномоченного по правам человека, который доказал свою эффективность во многих государствах.

Национальное законодательство России, определяющее правовой статус слабоумных граждан, и практика его применения в основном соответствуют Декларации о правах умет-

венно отсталых лиц. В то же время они нуждаются в ряде изменений и дальнейшем совершенствовании.

Гражданин, который вследствие своего слабоумия не может понимать своих действий или руководиться ими, может быть признан судом недееспособным. Над ним устанавливается опека. Признание гражданина недееспособным влечет за собой изменение его правового статуса.

При анализе понятия недееспособности в литературе принято выделять ее медицинский и юридический критерии. Под первым подразумевается наличие у лица слабоумия, под вторым - неспособность понимать значение своих действий и руководить ими.

В 1992 г. вышел Указ Президента РФ о первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы, в котором сказано, что исходя из исключительной значимости государственных мер по созданию условий для улучшения положения детей и в соответствии с принятыми РФ обязательствами по выполнению данной декларации необходимо признать проблему выживания, защиты и развития детей приоритетной; Указ Президента «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» (1992 г.).

В 1992 г. вышел *Закон Российской Федерации об образовании*. Согласно этому закону, под образованием понимается целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности, общества, государства, сопровождающийся констатацией достижения гражданином (обучающимся) определенных государством образовательных уровней (образовательных цензов).

Под получением гражданином (обучающимся) образования понимаются достижение и подтверждение им определенного образовательного ценза, которое удостоверяется соответствующим документом.

Право на получение образования является одним из основных и неотъемлемых конституционных прав граждан Российской Федерации.

В законе провозглашается приоритетность сферы образования, его гуманистический характер, приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности.

Подчеркивается общедоступность образования гражданам Российской Федерации на всей ее территории независимо от каких-либо обстоятельств. Ограничение прав граждан на образование может быть установлено только законом.

Право граждан на образование обеспечивается государством путем создания системы образования и соответствующих социально-экономических условий для получения образования.

Государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов.

При реализации образовательных программ для обучающихся с отклонениями в развитии могут быть установлены специальные государственные образовательные стандарты.

Среди общих требований к содержанию образования особо подчеркивается, что содержание образования является одним из факторов экономического и социального прогресса общества и должно быть ориентировано на обеспечение самоопределения личности, создание условий для ее самореализации, на развитие гражданского общества и на укрепление и совершенствование правового государства. Содержание образования должно обеспечить формирование у обучающегося адекватной современному уровню знаний и уровню образовательной программы (ступени обучения) картины мира; адекватный мировому уровень общей и профессиональной культуры общества; интеграцию личности в системы мировой и национальных культур.

Контрольные вопросы

1. От чего зависит отношение к детям-инвалидам в обществе?
2. Охарактеризуйте отношение к аномальным детям в разных странах в разные исторические периоды.
3. Приведите примеры международных усилий, направленных на решение проблемы детской инвалидности.
4. Приведите краткие сведения об истории дефектологии в нашей стране.
5. Охарактеризуйте современную систему образовательных учреждений в нашей стране для детей с отклонениями в развитии.

ЛИТЕРАТУРА

- Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития / Под ред. К.С.Лебединской. - М., 1982.
- Беккер К.П., Гебельт Х. Ребенок, нуждающийся в специальном обучении // Дефектология. - 1969. - № 5.
- Боровикова О.Н., Боярская Л.Б. Неполноценным детям "полноценную школьную жизнь"//Советская педагогика. - 1992. -№ 12.
- Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. - М., 1988.
- Власова Т.Д. Государственная забота о воспитании и обучении аномальных детей и пути развития советской дефектологии // Дефектология. - 1970. - № 6.
- Власова Т.А., Певзнер М.С. Дети с отклонениями в развитии.-М., 1973.
- Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред. С.С.Ляпидевского и В.И.Селиверстова. - М., 1968.
- Декларация прав и свобод человека и гражданина // Государство и право. - 1992. - № 4.
- Дети с временными задержками развития / Под ред. Т. А. Власовой, М.С. Певзнер.-М., 1971.
- Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А.Власовой, В.И.Лубовского, Н. А.Цыпиной. - М., 1984.
- Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л.П.Носковой.-М., 1993.
- Дошкольное образование в России / Ред.-сост. Р.Б.Стеркина. - М., 1996.
- Жохов В.П., Особова Т.З. Учителю о близорукости. -М., 1990.
- Жукова Н.С., Мاستюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. - М., 1990.
- Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения. - М., 1973.
- Игры в логопедической работе с детьми / Под ред. В.И.Селиверстова. - М., 1981 (вып. 1), 1987 (вып. 2).
- Корнилов В.А., Глухарева Л.И., Северухин В.А. Гуманитарная сфера и права человека. - М., 1992.
- Лапшин В.А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. -М., 1990.
- Лебединская К.С. Дети с нарушениями общения. - М., 1989.
- Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985.
- Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. - М., 1993.
- Мелков Г.М. Международная защита прав и свобод человека. 'Сборник документов. - М., 1990.
- Нечаева А.М. О правовой незащищенности несовершеннолетних и путях ее устранения // Государство и право. - 1990. - № 5.

Обучение детей с ЗПР: Пособие для учителей / Под ред. В. И. Лубовского. - Смоленск, 1994.

Обучение правам человека. СССР и международное сотрудничество в области прав человека. - М., 1989.

Права человека. Сборник международных договоров ООН. - Нью-Йорк, 1989.

VII Всемирный конгресс Международной лиги обществ содействия умственно отсталым (МЛОСУО) // Дефектология. - 1981. - № 5.

Селиверстов В.И. и др. Речевые игры с детьми. - М., 1994.

Селиверстов В.И. Заикание у детей. - М., 1994.

Халилова Л. Б., Шаховская С. Н. Речевые и сенсорные системы. Теоретический курс авторизованного изложения / Под ред. В. И. Селиверстова. - М., 1995.

Хронологическое собрание законов, указов Верховного Совета РСФСР и постановлений правительства РСФСР. - М., 1985.

Худенко Е.Д., Мельникова Т.С., Шаховская С.Н. Как научить ребенка думать и говорить. - М., 1993.

Шевченко С.Г. Вариативные формы образования детей с трудностями обучения в массовых школах // Дефектология. - 1995. - № 1.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение (Б. П. Пузанов)	3
Немного истории (Б. П. Пузанов).....	5
Глава 1. Виды нарушений развития и их причины (Б. П. Пузанов).....	13
1.1. Виды нарушений развития, их причины и механизмы..	13
1.2. Диагностика отклонений в развитии ребенка	18
Глава 2. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии (В. И. Селиверстов, С. Н. Шаховская).....	26
2.1. Основные виды нарушений развития детей дошкольного возраста.....	26
2.2. Развитие речи у детей	43
2.3. Организация помощи детям дошкольного возраста с нарушениями развития.....	47
2.4. Обучение и воспитание умственно отсталых детей дошкольного возраста.....	49
2.5. Организация специальной педагогической помощи детям с нарушениями речи	56
2.6. Другие формы коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольного возраста.....	61
Глава 3. Обучение и воспитание учащихся с отклонениями в развитии (Б. П. Пузанов, С. Н. Шаховская, Ю. А. Костенкова)	68
3.1. Дети с задержкой психического развития	68
3.2. Психолого-педагогическая характеристика учащихся с нарушениями интеллекта	76
3.3. Нарушения речи у детей школьного возраста	90
3.4. Особенности учебной деятельности учащихся с отклонениями в развитии	96
Глава 4. Политика государства в области социальной защиты детей с отклонениями в развитии (Б. П. Пузанов, Ю. А. Костенкова).....	105
Литература	139