

# Обучение и воспитание детей с тяжёлыми нарушениями речи

Дети с тяжелыми нарушениями речи — это особая категория детей с отклонениями в развитии, у которых сохранен слух, первично не нарушен интеллект, но есть значительные речевые дефекты, влияющие на становление психики.

Развитие речи ребенка связано с постепенным овладением родным языком: с развитием фонематического слуха и формированием навыков произнесения фонем родного языка, с овладением словарным запасом, правилами синтаксиса и смысла речи. Активное усвоение лексических и грамматических закономерностей начинается у детей в 1,5—3 года и в основном заканчивается к 7 годам. В школьном возрасте происходит совершенствование приобретенных навыков на основе письменной речи. Овладение смысловой стороной речи наиболее интенсивно осуществляется в период школьного обучения.

Речь ребенка формируется под непосредственным влиянием речи окружающих его взрослых и в большей степени зависит от достаточной речевой практики, культуры речевого окружения, от воспитания и обучения.

Речевые нарушения могут затрагивать различные компоненты речи. Одни из них касаются только произносительных процессов и обнаруживаются в снижении внятности речи без сопутствующих проявлений. Другие затрагивают фонематическую сторону языка и выражаются не только в дефектах произношения, но и в недостаточном овладении звуковым составом слова, влекущим за собой нарушения чтения и письма. Третьи представляют собой коммуникативные нарушения, которые могут препятствовать обучению ребенка в школе общего назначения.

Наиболее сложные речевые нарушения охватывают как фонетико-фонематическую, так и лексико-грамматическую стороны языка, приводят к общему недоразвитию речи - от полного отсутствия ее лепетного состояния, до развернутой речи, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. Отечественным специалистом Р.Е. Левиной были выделены три уровня общего недоразвития речи, т.е. систематического нарушения всех сторон речи при сохранном физическом слухе. (В настоящее время чаще используется термин «общее речевое недоразвитие»). При первом уровне наблюдается полное или почти полное отсутствие словесных средств общения в возрасте, когда у детей без речевой патологии речь в основном сформирована (5-6 лет). Словарный запас состоит из звуковых и звукоподражательных комплексов, в большинстве случаев непонятных окружающим и сопровождающихся жестами. Это так называемые «безречевые дети». На втором уровне речевого развития появляются, хотя и искаженные, общеупотребительные слова. Намечается различение некоторых грамматических форм. Вместе с тем произносительные возможности детей значительно отстают от возрастной нормы. Третий уровень характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Дети вступают в контакты с окружающими, но лишь в присутствии взрослого и с его помощью. Свободное общение крайне затруднено.

Причины речевых нарушений. Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внутренние (эндогенные) и внешние (экзогенные). Так, внутриутробная патология приводит к нарушению развития плода, в частности, к речевой патологии: внутриутробная гипоксия плода (кислородное голодание), токсикоз, вирусные и эндокринные заболевания матери, травмы плода, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, чрезмерный прием лекарств матерью, алкоголизм, курение, наркомания во время беременности, влияние ионизирующей радиации, постоянная вибрация и т.п. Особенно вредное влияние на развитие плода оказывает сочетание ряда неблагоприятных факторов, действующих в период его внутриутробного развития (сочетание алкоголизма и курения матери с токсикозами беременности, с различными хроническими острыми заболеваниями матери и т.д.). Наиболее грубые дефекты речи могут наступить при неблагоприятных условиях развития плода в период от 4 недель до 4 месяцев.

Наследственные факторы также могут способствовать появлению у ребенка речевых нарушений. Родовая травма и асфиксия (недостаточное кислородное снабжение мозга плода) при родах, приводящее к внутричерепным кровоизлияниям, провоцируют появление речевых нарушений. Различные заболевания в первые годы жизни ребенка (особенно, инфекционно-вирусные, менинго-энцефалитные и др.), травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга, скверные социально-бытовые условия, неблагоприятное речевое окружение — все это также способствует нарушению речи ребенка.

Примерами неблагоприятного воздействия речевого окружения может служить недоразвитие речи у слышащих детей, воспитываемых глухими родителями, появление заикания у ребенка, живущего в семье, где один из родителей имеет такое же речевое нарушение.

У детей дошкольного возраста речь является ранимой функциональной системой и легко подвергается неблагоприятным воздействиям. Можно выделить некоторые виды недостатков речи, которые возникают по подражанию (дефекты произношения, заикание, ускоренный или напротив убыстренный темп речи и др.). Наиболее часто страдает речевая функция в критические периоды ее развития, которые создают предрасполагающие условия для срыва речи: в 1-2 года, в 3 года, в 6-7 лет.

Речевые нарушения, возникнув в результате воздействия какого-либо патогенного фактора, сами по себе не исчезают и при отсутствии специально организованной коррекционной логопедической работы могут отрицательно сказаться на дальнейшем развитии ребенка. В связи с этим следует различать патологические речевые нарушения и возможные речевые отклонения от нормы, вызванные возрастными особенностями формирования речи или условиями внешней среды (некоторые речевые особенности родителей, сверстников, двуязычие в семье и т.д.).

Классификация речевых нарушений. В настоящее время в отечественной логопедии существует две основных классификации речевых нарушений: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Эти классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному нарушению речи у детей. В основе клинической классификации лежит изучение причин (этиология) и патологических проявлений речевой недостаточности. Это нарушение голоса (дисфония).

афоний), нарушение темпа речи (брадилалия, тахилалия), заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия, нарушение письма и чтения (аграфия, дисграфия, алексия, дислексия). В соответствии с особенностями нарушений для каждой формы речевой патологии разработаны приемы и методы коррекционно-логопедической работы.

В нашей стране в качестве основы для комплектования специальных логопедических учреждений и для использования фронтальных методов работы с детьми, имеющими речевые нарушения, используют психолого-педагогическую классификацию.

Дефекты речи делятся на две группы: 1) фонетическое недоразвитие, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее недоразвитие речи; 2) заикание.

Взаимодополняя друг друга, приведенные классификации позволяют наиболее полно представить картину речевого нарушения и выбрать наиболее адекватные приемы логопедической помощи.

У детей с тяжелой речевой патологией отмечается недоразвитие всей познавательной деятельности (восприятие, память, мышление, речь), особенно на уровне произвольности и осознанности. Причем интеллектуальное отставание имеет у этих детей вторичный характер, поскольку оно образуется вследствие недоразвития речи, всех ее компонентов. Внимание детей с речевыми нарушениями характеризуется неустойчивостью, трудностями включения, переключения и распределения. У этой категории детей с отклонениями в развитии наблюдается сужение объема памяти, быстрое забывание материала, особенно вербального, снижение активной направленности в процессе припоминания последовательности событий, сюжетной линии текста. Многим из них присуще недоразвитие мыслительных операций, снижение способности к абстрагированию, обобщению. Детям с речевой патологией легче выполнять задания, представленные не в речевом, а наглядном виде. Кроме того, большинство детей с нарушениями речи имеет двигательные расстройства, проявляющиеся в более поздних по сравнению с нормально развивающимися детьми сроках формирования двигательных функций. Они моторно неловки, неуклюжи, характеризуются импульсивностью, хаотичностью движений. Дети с речевыми нарушениями быстро утомляются, имеют пониженную работоспособность. Они долго не включаются в выполнение задания.

У детей с тяжелыми речевыми расстройствами отмечаются отклонения и в эмоционально-волевой сфере. Им присущи нестойкость интересов, пониженная наблюдательность, сниженная мотивация, замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, агрессивность, обидчивость, трудности в общении с окружающими, в налаживании контактов со своими сверстниками.

Дети с речевыми нарушениями обязательно должны получать квалифицированную помощь логопеда. Для детей со стойкими речевыми нарушениями существует сеть специальных дошкольных и школьных учреждений. Это специальные детские сады и школы.

Специальные детские сады имеют два отделения: для детей с фонетико-фонематическими нарушениями речи и общим недоразвитием речи (ОНР); для

детей с заиканием. В этих садах предусмотрен специальный режим дня, включающий проведение фронтальных, групповых и индивидуальных занятий по коррекции речи. Проводятся занятия по развитию речи, знакомству с окружающим, подготовка к обучению грамоте и др. Дети, овладевшие нормальной речью и не достигшие семилетнего возраста, переводятся в дошкольные учреждения общего типа.

В школах для детей с тяжелыми нарушениями речи обучаются дети с первично сохранным интеллектом и нормальным слухом. В школе существует два отделения. В I отделении учатся дети с общим недоразвитием речи тяжелой степени (с алалией, афазией, дизартрией, ринолалией, заиканием), во II отделении находятся дети, страдающие тяжелой формой заикания, при которой они практически не могут общаться с окружающими. В I отделении с I по IV классы дети обучаются по оригинальным программам, а в старших классах - по программам школы общего назначения.

Дети II отделения учатся по программам школ общего назначения. За 12 лет обучения в I отделении и 9 лет обучения во II отделении дети получают свидетельство о неполном среднем образовании. Коррекция нарушения речи и письма у учащихся этого типа школ осуществляется как на уроках, особенно родного языка, так и на индивидуальных логопедических занятиях. По мере устранения речевого дефекта учащиеся переводятся в школу общего назначения. Выпускники школ для детей с тяжелыми нарушениями речи могут продолжать свое обучение в соответствующих классах школ общего назначения или в различных училищах.

В отдельных случаях дети с тяжелыми нарушениями речи могут обучаться в домашних условиях, но при этом совершенно необходима систематическая и длительная помощь специалиста.

Полноценная речь ребенка является одним из важных условий, необходимых для его развития. Родители должны знать, что не позже 5 лет надо определить все недостатки произношения малыша. Искаженное произношение, встречающееся у дошкольников более раннего возраста, считается нормальным явлением. Это так называемое физиологическое косноязычие. Если же у ребенка нарушение произношения отмечается в более позднем возрасте, то здесь можно с большим основанием предполагать патологию речевого развития. В таком случае необходима помощь логопеда.

Некоторые нарушения речи у ребенка родители могут заметить и в более раннем возрасте, например, ОНР, алалию, но коррегировать эту речевую патологию может только логопед. Причем, необходимо как можно раньше обратиться к нему за помощью. При исправлении логопедом речевых нарушений у ребенка родители должны всемерно помогать ему. Им следует знать, что вовремя не исправленные дефекты речи могут привести к недоразвитию всей познавательной деятельности малыша, к формированию у него отрицательных черт личности. Речевые недостатки ребенка сами собой без специального вмешательства не проходят. Исправление речи требует систематических продолжительных занятий. Успех коррекционной работы зависит не только от логопеда, но и от родителей. Так, если у ребенка заикание, то родители обязательно должны организовать ему дневной сон. Им надо ограничивать все разговоры детей, не задавать им вопросов, не заставлять повторять сказанное с заиканием. Если ребенок начинает

говорить с заиканием, родители должны тут же прийти к нему на помощь, договорив за него слово или фразу. Надо стремиться к соблюдению ребенком «режима молчания», допуская включение речи лишь в самых крайних случаях, и то шепотной. Молчание детей должно достигаться не запретом, а изобретательностью родителей. Никто из членов семьи не должен говорить при ребенке о его дефекте, демонстрировать его дефект другим лицам (за исключением специалистов).

Для ребенка надо создавать дома спокойную обстановку, учить его говорить не торопясь, не громко. Если заикание удалось устранить, то с целью избежания рецидива желательно, чтобы большую часть времени он проводил с тем из взрослых, кто наиболее спокоен, ласков, выдержан. Лучше, чтобы в это время ребенок дружил с одним товарищем, младшим по возрасту. Соблюдение этих условий закрепит у ребенка навыки нормальной речи.

В тех случаях, когда в семье растет ребенок с сенсорной алалией, родителям целесообразно следить за звуковым и речевым режимом малыша. Ребенка нужно ограждать от излишне частого обращения к нему окружающих, создать для него щадящий звуковой режим, исключить по возможности долгое слушание радио, телевизора. Причем важно создать вокруг ребенка не только тишину, но и ситуацию зрительного голода: не показывать игрушек, картинок. Только на таком спокойном фоне логопед сможет начать работу с малышом.

Если у ребенка дизартрия, родители должны постараться в первую очередь организовать режим сна и бодрствования. Поскольку у детей с дизартрией отмечается недоразвитие моторики, в частности, нарушение движений пальцев и кисти рук (ребенок не может сам одеться, причесаться, действовать с мелкими предметами), родители могут учить своего малыша правильно захватывать предметы, удерживать их, переключать с одного места на другое. Надо с большим вниманием относиться к самым незначительным успехам ребенка, положительно их оценивая. Дети с дизартрией могут испытывать немалые трудности при еде и самообслуживании, поэтому взрослым следует терпеливо помогать им в овладении необходимыми навыками. Все это способствует коррекции и компенсации дефекта.

Еще одним речевым нарушением, которое встречается у детей дошкольного возраста, является закрытая ринолалия. Она проявляется в нарушениях тембра голоса и звукопроизношения. Обусловлен этот дефект непроходимостью носовой полости вызванной наличием в носу полипов, аденоидных разрастаний, искривлением носовой перегородки, гипертрофии слизистой носа. В этих случаях родителям необходимо с помощью специалиста устранить причину непроходимости носовой полости. Как правило, как только появляется правильное носовое дыхание, исчезает дефект. Реже встречаются дети с открытой ринолалией, возникающей в результате расщепления мягкого и твердого неба. При такой форме ринолалии в течение первых лет жизни ребенка ведущая роль принадлежит педиатру, который руководит вскармливанием и режимом дня малыша, осуществляет специальные лечебные мероприятия. Обычно ребенку с таким речевым нарушением в дошкольном возрасте должна быть сделана операция по восстановлению неба. Вместе с тем логопедическая работа начинается еще в дооперационный период. Это способствует предотвращению возникновения серьезных нарушений в функционировании органов речи.



Родители, у которых растет ребенок с тяжелой речевой патологией, не должны ограждать его от общения со сверстниками, имеющими нормальную речь. Важно всячески поддерживать интерес малыша к речевому общению, помогая ему в осуществлении такого стремления.

Дети с незначительными нарушениями речи обычно посещают занятия, которые проводит районный логопед, и учатся в школе общего назначения. Наиболее состоятельные родители пользуются услугами частных логопедов. При этом ребенок может обучаться в домашних условиях, но нередко ходит в школу общего назначения.

### **Умственно отсталые дети**

Самую многочисленную группу детей с отклонениями в развитии (более 2% от общей детской популяции) составляют умственно отсталые дети, у которых имеется диффузное органическое поражение коры головного мозга, проявляющееся в недоразвитии всей познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы ребенка. Морфологические изменения, хотя и с неодинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга этих детей, нарушая их строение и функции.

Причины поражения коры головного мозга ребенка могут быть различны. Это зависит от того патогенного (вредоносного) фактора, который вызвал поражение. К таким факторам обычно относят: кислородную недостаточность мозга (в периоды внутриутробного развития, родов или после рождения), травмы мозга (родовые, внутричерепные кровоизлияния), воспаления мозга или мозговых оболочек, различные токсические воздействия, вирусные инфекции, некоторые лекарственные препараты, употреблявшиеся матерью во время беременности, хронический алкоголизм родителей или их наркомания, особенно матери, некоторые эндокринные заболевания, хромосомные нарушения, наследственные заболевания без хромосомных нарушений и др. Определенную роль играют радиация и все ухудшающиеся экологические условия.

В настоящее время установлено, что среди всех детей, страдающих таким отклонением в развитии, преобладают дети с генетическими формами умственной отсталости — 75%. Из них 74,5% возникает внутриутробно, 17,1% — в интернатальном периоде, т.е. во время родов, 8,4% случаев — в ранний период жизни ребенка. Все генетические формы умственной отсталости относятся к числу врожденных.

В последние годы все чаще можно услышать мнение о том, что не во всех случаях умственной отсталости можно обнаружить поражение коры головного мозга ребенка. Впрочем, вероятно и то, что наши диагностические средства недостаточно совершенны.

Умственно отсталые — это весьма полиморфная группа, в которой преобладающее большинство составляют дети-олигофрены (от греческого *oligos* — малочисленный).

У этих детей поражение мозговых систем возникает на ранних этапах развития: или во внутриутробном (пренатальном), или в постнатальном периоде, т.е. при рождении или в первые три года жизни ребенка, т.е. до полного становления речи.

При олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (не усугубляющийся) характер. Ребенок-олигофрен практически здоров. Олигофрения - это не болезнь, но такое состояние ребенка, при котором наблюдается стойкое недоразвитие всей его психики.

Недоразвитие познавательной и эмоционально-волевой сферы у олигофренов проявляется не только в отставании от нормы, но и в глубоком своеобразии. Они способны к развитию, хотя оно и осуществляется замедленно, атипично, иногда с резкими отклонениями. Однако это подлинное развитие, в ходе которого происходят и количественные, и качественные изменения всей психической деятельности ребенка.

Умственная отсталость, возникающая после того, как речь ребенка уже сформировалась, встречается относительно редко. Одной из ее разновидностей является деменция — слабоумие. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции необратим, т.к. происходит прогрессирование заболевания, которое иногда может привести к полному распаду психики. Особыми являются случаи, когда имеющаяся у ребенка умственная отсталость сопровождается текущим психическим заболеванием (эпилепсией, шизофренией), что усугубляет основной дефект, и прогноз развития таких детей бывает весьма неблагоприятным.

Остановимся несколько подробнее на клинической характеристике детей-олигофренов, поскольку это самая представительная группа умственно отсталых детей. Все они существенно различаются по степени выраженности дефекта. В отечественной дефектологии их обычно делят на три группы: дебилы, имбецилы, идиоты. Дебилы — это дети с легкими степенями умственной отсталости. Они являются основным контингентом специальных детских садов и специальных школ для умственно отсталых учеников. Дети со средней и глубоко выраженной отсталостью (соответственно имбецилы и идиоты) живут и воспитываются в семьях или помещаются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты, где и находятся пожизненно.

Дети с органическими поражениями коры головного мозга (олигофрены) растут обычно ослабленными, нервными, раздражительными. Многие из них страдают энурезами. Им свойственна патологическая инертность основных нервных процессов, отсутствие интереса к окружающему и поэтому эмоциональный контакт со взрослыми, потребность общения с ними у ребенка в дошкольном возрасте часто не возникает. Дети не умеют общаться и со своими сверстниками. Спонтанность усвоения общественного опыта у них резко снижена. Дети не умеют правильно действовать ни по словесной инструкции, ни даже по подражанию и образцу. У умственно отсталых дошкольников ситуативное понимание речи может сохраняться вплоть до поступления в школу.

Для усвоения способов ориентировки в окружающем мире, для выделения и фиксирования ярко обозначенных свойств и простейших отношений между предметами, для понимания важности того или иного действия умственно отсталому дошкольнику требуется гораздо больше вариативных повторений, чем для нормально развивающегося ребенка. Он чаще всего не предпринимает попыток тактильно-двигательного обследования предметов. В младенчестве не овладевает хватанием и позднее, в дошкольном возрасте, затрудняется в определении на ощупь формы и величины предмета. Большинство умственно

отсталых детей в раннем возрасте имеет недоразвитие моторики и зрительно-двигательной координации. Движения рук у них неловкие, недостаточно согласованные, часто ведущая рука не выделяется. Многие дети не могут действовать одновременно двумя руками сразу. Недостаточное развитие зрительно-двигательной координации приводит к тому, что ребенок промахивается при попытке взять предмет, т.к. неверно определяет направление, не может проследить зрительно за движениями руки.

У умственно отсталых детей-дошкольников, лишенных специального коррекционно-направленного обучения, отмечается существенное недоразвитие специфических для этого возраста видов деятельности - игры, рисования, конструирования, элементарного бытового труда.

Умственно отсталый ребенок проявляет крайне слабый интерес к окружающему, долго не тянется к игрушкам, не приближает их к себе и не пытается ими манипулировать. В возрасте 3—4 лет, когда нормально развивающиеся дети активно и целенаправленно подражают действиям взрослых, умственно отсталые дошкольники только начинают знакомиться с игрушками. Первые предметно-игровые действия появляются у них (без специального обучения) лишь к середине дошкольного возраста.

У большинства умственно отсталых детей, не посещающих специальный детский сад, не имеющих дома контактов со специалистами-дефектологами или заботливыми и разумными родителями, графическая деятельность до конца дошкольного возраста находится на уровне бесцельного, кратковременного, хаотического черкания.

Одним из условий, необходимых для процесса познания, является способность ребенка быть внимательным при выполнении заданий и какой-либо деятельности. У умственно отсталых детей в большой степени страдает произвольное внимание. Невозможным оказывается для них сколько-нибудь длительно концентрировать внимание, одновременно выполнять разные виды деятельности.

Преддошкольный и дошкольный возраст — это период чувственного познания окружающей среды, которое у умственно отсталых детей без специального коррекционного воздействия развивается медленно. Сенсорное развитие у этой категории детей значительно отстает по срокам формирования. Они действуют либо хаотически, не учитывая свойства предметов, либо ранее усвоенным способом, не адекватным в новой ситуации. Восприятие олигофренов характеризуется недифференцированностью, узоустью. Сложным для них является восприятие картин. У детей-олигофренов отмечается грубая неполноценность представлений, что несомненно отрицательно сказывается на развитии их речи. Зачастую имеющиеся у них зрительные образы не соотносятся со словесными обозначениями. Слово, наполненное односторонним содержанием, понимается лишь в определенных условиях и по отношению к определенным предметам. У всех умственно отсталых детей наблюдаются отклонения в речевой деятельности, которые в той или иной мере поддаются коррекции.

Развитие речевого (фонематического) слуха происходит у умственно отсталых детей с большим опозданием и отклонениями. Вследствие этого у них наблюдается отсутствие или позднее появление лепета. Для олигофренов характерна задержка становления речи, которая обнаруживается в более позднем



(чем в норме) понимании обращенной к ним речи и в дефектах самостоятельного пользования ею. У некоторых умственно отсталых детей наблюдается отсутствие речи даже к 4—5 годам. Словарь детей беден. Значения слов недостаточно дифференцированы. Употребляемые ими предложения примитивны по своей конструкции, с большим количеством аграмматизмов, пропусков. Умственно отсталые дети редко бывают инициаторами беседы и испытывают огромные трудности в овладении монологической речью.

У этой категории детей с отклонениями в развитии недостаточно сформирована регулятивная функция речи. Они неточно воспринимают указания взрослого и далеко не всегда действуют в соответствии с этими указаниями даже в тех случаях, когда хорошо их помнят.

Большие трудности возникают у умственно отсталого ребенка при решении задач, требующих наглядно-образного мышления, т.е. действовать в уме, оперируя образами представлений. Умственно отсталые дошкольники часто воспринимают изображения на картинке как реальную ситуацию, в которой пытаются действовать. Очень сложными для таких детей являются простые тексты, содержащие причинные или временные зависимости, требующие словесно-логического мышления. Осуществляя обобщение предметов или явлений, олигофрены чаще всего основываются на несущественных, случайных признаках. Их обобщения бывают слишком широкими по объему. Особенно затрудняет этих детей изменение однажды выделенного принципа обобщения, объединение объектов по-новому. В этом проявляется свойственная умственно отсталым патологическая инертность, тугоподвижность нервных процессов и стереотипность мышления.

Их память характеризуется малым объемом, малой точностью и прочностью запоминаемого словесного и наглядного материала. Умственно отсталые дети обычно пользуются произвольным запоминанием, т.е. запоминают яркое, необычное, то, что их привлекает. Произвольное запоминание формируется у них значительно позднее — в конце дошкольного, в начале школьного периода жизни.

Существенные отклонения имеются не только в познавательной деятельности, но и в личностных проявлениях умственно отсталых детей. У них отмечается слабость развития волевых процессов. Эти дети часто бывают безынициативны, несамостоятельны, импульсивны, им трудно противостоять воле другого человека. Вместе с тем некоторые дети могут проявить настойчивость и целеустремленность, прибегая к элементарным хитростям, стремясь достичь нужного результата.

Им свойственна эмоциональная незрелость, недостаточная дифференцированность и нестабильность чувств, ограниченность диапазона переживаний, крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья. Умственно отсталых дошкольников и детей младшего школьного возраста затрудняет понимание мимики и жестов, выразительных движений людей, изображенных на картинке. У этой категории детей с отклонениями в развитии прослеживаются слабая выраженность и кратковременность побуждений к деятельности. Самооценка и уровень притязаний олигофренов чаще всего неадекватны. Дети склонны переоценивать свои возможности.

Перечисленные особенности психической деятельности свойственны не только умственно отсталым детям. Многие из указанных черт отмечаются и у других категорий детей с отклонениями в развитии. Так, например, недоразвитие речи обнаруживается у детей с задержкой психического развития, со специфическими речевыми дефектами, у слабослышащих, у педагогически запущенных, у детей из малокультурных двуязычных семей и др. Недостаточная контактность ярко выражена у аутичных детей, у тех, у кого снижено слуховое восприятие и др. Так что только наличие у ребенка комплекса своеобразных отклонений дает право поставить вопрос о наличии у него умственной отсталости. Для продвижения умственно отсталого ребенка в общем развитии, в усвоении им знаний, умений и навыков необходимо специально организованное, коррекционно-направленное воспитание и обучение, строящееся с учетом имеющихся у него положительных возможностей. Для таких детей у нас в стране созданы специальные учебно-воспитательные учреждения: детские сады, школы, школы-интернаты, классы коррекционно-развивающего обучения, где, как правило, находятся дети с диагнозом олигофрения в степени дебильности. Часть детей воспитывается и обучается в домашних условиях, что требует огромного труда и больших материальных затрат. В специальных детских учреждениях, которые посещают дети с легкой степенью умственной отсталости, процесс обучения ведется по специально разработанным программам, методикам, учебникам, при небольшой наполняемости групп или классов.

В детских садах содержание и методы коррекционно-воспитательной работы заключаются в проведении комплекса мер, направленных на развитие ребенка, на сглаживание недостатков психики умственно отсталого ребенка, усугубляющих их интеллектуальную, эмоционально-волевою, физическую и социальную

несостоятельность. Предусматривается посильное овладение дошкольниками основными видами деятельности (игрой, рисованием, конструированием, элементарным самообслуживанием и трудом), что создает предпосылки для перехода к учебной деятельности. Если ребенок живет и воспитывается в домашних условиях, то основные направления коррекционной работы с ним должны сохраняться и постоянно реализовываться или родителями, или приглашенными с этой целью лицами. Все умственно отсталые дети дошкольного возраста имеют ярко выраженные речевые недоразвития. В специальном детском саду проводятся систематические занятия с логопедом как фронтальные, так и индивидуальные. Приобретаемые речевые навыки закрепляются на занятиях с педагогом и воспитателем. Аналогичная работа должна осуществляться и в условиях домашнего воспитания ребенка.

Ребенку легче продвигаться в общем развитии, усваивать необходимые умения и навыки в том случае, если он физически здоров. В специальном детском саду за здоровьем воспитанников следит врач, который проводит постоянные наблюдения, разнообразные осмотры, применяет необходимые медикаментозные средства, дает советы педагогам и воспитателям относительно особого режима дня для некоторых воспитанников. Не следует лишать детей, воспитывающихся дома, медицинского обслуживания.

В специальных школах, школах-интернатах и классах, где учатся умственно отсталые дети, наряду с прохождением определенной программы по общеобразовательным предметам (русскому языку, математике, географии и т.п.), формированием у них определенных умений и навыков, существенное внимание

уделяется трудовой подготовке, а также ориентировке в социально-бытовых проблемах. На каждом уроке обязательно ставятся и решаются конкретные коррекционные проблемы. Однако предусмотрены и специальные занятия, имеющие коррекционную направленность. Например, логопедические, лечебная физкультура.

Овладев в условиях школы некоторыми профессиональными умениями и определенными навыками труда, приобретя интерес к выполняемой работе, почувствовав свои возможности, увидев результаты своей деятельности ученики начинают верить в свои силы. Закончив школьное обучение они могут социально адаптироваться в обществе, в самостоятельной жизни. Однако им нужны для этого благоприятные условия: здоровая обстановка в трудовом коллективе.

Воспитывая ребенка в семье, родителям следует задуматься о его будущем. Если предполагается, что он всю жизнь пробудет только в семье, нигде не работая, то ему достаточно иметь навыки самообслуживания и элементарного бытового труда. Если возникают другие перспективы, то надо заранее готовить к ним умственно отсталого ребенка.

Как уже говорилось, умственная отсталость может наступить в разные периоды развития ребенка. В одних случаях, родители сразу же после рождения малыша знают, что в семье появился ребенок с отклонениями в развитии. Уже с первых дней жизни такой ребенок и его родители должны получать квалифицированную помощь и консультации врачей-специалистов. В других случаях сразу распознать умственную отсталость бывает невозможно (особенно, при некоторых генетических отклонениях). Тогда практически только родители, в первую очередь мать, могут заметить, что ребенок имеет какие-то отклонения. Матери следует обратиться к врачам (педиатру, невропатологу) и рассказать им о тех особенностях, которые она заметила у своего малыша. Чем раньше такому ребенку будет поставлен точный диагноз и с ним начнут проводить коррекционную работу, тем большего продвижения в развитии умственно отсталого ребенка можно достичь.

Одним из основных направлений коррекционной работы с умственно отсталыми дошкольниками и младшими школьниками является формирование у них положительного отношения к контактам со взрослыми и сверстниками. Надо дать ребенку почувствовать, что его любят, ему рады, он не одинок. Родители должны быть ласковы со своим ребенком, доброжелательны, терпеливы и, вместе с тем, требовательны и строги, когда это необходимо.

Очень важно для воспитания и социализации умственно отсталого ребенка развивать у него культурно-гигиенические навыки, навыки самообслуживания и элементарного бытового труда. Надо хвалить малыша, когда он старается быть опрятным, и не ругать, а помогать, если навык по какой-то причине утрачивается.

Занимаясь с умственно отсталым ребенком, родителям следует воспитывать у него интерес к окружающему и происходящему, учить не отвлекаться от занятий, работать целенаправленно. Не менее значимым аспектом в воспитании ребенка является стимуляция его сенсорного развития, которое служит основой для формирования речи, развития инициативы, целенаправленной деятельности, эмоциональных реакций. Для этого родителям целесообразно проводить с ребенком игры, направленные на знакомство с формой, величиной, цветом

предметов, обучение его простым действиям с ними. Рекомендуется учить ребенка понимать такие слова, как «квадрат», «круг», «форма», «красный», «синий», «цвет», «одинаковый», «большой», «маленький» и др. Причем, на начальных этапах не надо требовать от ребенка запоминания и самостоятельного употребления этих слов.

Зная о том, что ведущим видом деятельности у дошкольников является игра, родители должны стараться вызвать у ребенка интерес к ней или просто к игровым действиям. Надо показать малышу заинтересованность взрослых в игре с ним. Желательно, чтобы у ребенка были разные игрушки — куклы, машинки, пирамидки, кубики, мозаика и другие.

Необходимо также учить дошкольника наблюдать за деятельностью окружающих их взрослых: как мама моет посуду, убирает квартиру. Нужно привлекать его к выполнению несложных поручений, к тому, чтобы он помогал в той или другой работе. Все это будет способствовать развитию ребенка, формированию у него положительных черт характера.

Умственно отсталые дети не должны быть изолированы от своих нормально развивающихся сверстников. Общаясь с ними, они расширяют свой социальный опыт, у них появляется чувство товарищества, взаимопомощи, доброжелательность. Общение с нормально развивающимися детьми — это одна из ступеней социальной адаптации ребенка с отклонениями в развитии. Родителям следует это всячески поощрять, за исключением общения с детьми с асоциальным поведением. Следует заметить, что для нормально развивающихся детей общение с умственно отсталым ребенком не принесет вреда. Напротив, оно будет способствовать формированию доброго отношения, желания помочь товарищу.

Вопрос об общении умственно отсталого ребенка с другими детьми, о его включении в коллектив сверстников легче решается в условиях специального детского сада или специальной школы. Если ребенок воспитывается и обучается в семье, то родителям следует подумать о том, как предупредить его изоляцию от других детей.

Находясь в благоприятных для всестороннего развития условиях коррекционного педагогического воздействия некоторые ученики специальной школы продвигаются в умственном развитии и социализации значительно успешнее своих товарищей. Оканчивая школу, они существенно отличаются от них во всех отношениях. Таких случаев немного. Но они имеют место. И с ними нужно считаться. Нужно ставить вопрос о снятии диагноза с молодого человека.