

В.А.Лапшин Б.П. Пузанов

Основы дефектологии

Допущено

Государственным комитетом СССР по народному образованию в качестве учебного пособия для студентов педагогических институтов

МОСКВА «ПРОСВЕЩЕНИЕ» 1990

БОК 74.3 Л24

Рецензенты: зав. кафедрой дефектологии Шяуляйского педагогического института профессор В. Й. Карвялис, декан дефектологического факультета Свердловского педагогического института канд. пед. наук А. Н. Нигаев.

Лапшин В. А., Пузанов Б. П.

Л24 Основы дефектологии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов.
— М.: Просвещение, 1991. — 143 с. — ISBN 5-09-002819-2.

Авторы знакомят студентов педагогических институтов с основами дефектологии — отраслью педагогической науки, занимающейся вопросами изучения, обучения, воспитания и социально-трудовой адаптации аномальных детей. Знания основ дефектологии помогут будущим педагогам на более ранних этапах обучения определить причины неуспеваемости учащихся общеобразовательных школ и своевременно рекомендовать родителям этих учащихся соответствующие типы специальных учебных заведений.

Пособие предназначено студентам педагогических институтов, может быть интересно учителям, воспитателям, родителям.

4309000000—691,

Л — 277—91 ББК 74.3

103(03)—90

ISBN 5-09-002819-2

© Лапшин В. А., Пузанов Б. П., 1990

ВВЕДЕНИЕ

Воспитание и обучение детей с дефектами умственного и физического развития включены в единую государственную систему народного образования СССР. Действующая в настоящее время в нашей стране научно обоснованная система специального образования аномальных детей решает как единые с общеобразовательной средней школой задачи, так и специфические, заключающиеся в создании наиболее благоприятных условий коррекции аномального развития ребенка.

В дореволюционной России существовали немногочисленные учебные заведения приютного типа, в большинстве своем на частные пожертвования. Они охватывали лишь 5—6% глухих и слепых детей.

После победы Великой Октябрьской социалистической революции Советское государство начинает уделять серьезное внимание делу обучения и воспитания аномальных детей. В 1918 году был упразднен частный благотворительный характер детских учреждений для аномальных детей и эти учреждения были включены в общегосударственную систему народного образования.

10 декабря 1919 года В. И. Ленин подписал постановление Совета Народных Комиссаров об определении функций народных комиссариатов (наркоматов) просвещения, здравоохранения и юстиции в отношении обучения, воспитания и лечения глухих, слепых, умственно отсталых и психически больных детей.

В дело помочи аномальным детям включились выдающиеся партийные, государственные и общественные деятели А. И. Ульянова-Елизарова, А. В. Луначарский, А. М. Горький. Так, на I Всероссийском съезде деятелей по охране детства (февраль 1919 года) А. И. Ульянова-

Елизарова предложила коренным образом изменить жизнь детских учреждений: «Старые, казарменного типа приюты отвергаются нами. Лучшими считаем дома семейного типа»¹. Эта идея вполне созвучна и тенденциям нашего времени.

Выступивший на I Всероссийском съезде деятелей по борьбе с детской дефективностью, преступностью и беспризорностью (24 июня — 2 июля 1920 года) народный комиссар просвещения А. В. Луначарский отметил, что успех борьбы с детской дефективностью, беспризорностью и преступностью может быть обеспечен лишь совместными усилиями общества и государства.

В работе съезда принимал участие А. М. Горький. В своем приветствии он сказал: «Видя то горячее чувство, с каким относятся руководители к дефективным детям и ко всему вопросу о дефективности, я могу сказать, что растет крепкое учреждение, что будет сделана огромная работа государственной важности»¹.

Обучение и воспитание аномальных детей становятся на научную основу. Для этого привлекаются ведущие специалисты того времени в области медицины, психологии и педагогики: В. М. Бехтерев, Л. С. Выготский, В. Н. Мясищев, Г. И. Россолимо, Ф. А. Рай,

В. П. Кащенко, Н. М. Лаговской, Н. А. Граборов, А. С. Грибоедов и другие.

Ряд съездов и конференций по охране детства и борьбе с детской дефективностью, проведенных в 20-е годы, имели важное значение для создания системы специального образования в СССР и выделения дефектологии в самостоятельную отрасль знаний. Важнейшим событием стало создание в 1929 году первого в стране научного центра по разработке проблем изучения, обучения, воспитания и трудовой подготовки аномальных детей — Экспериментально-дефектологического института (ЭДИ), который возглавили выдающиеся советские ученые И. И. Данюшевский (директор), Л. С. Выготский (научный руководитель), а также Д. И. Азбукин — декан

первого в мире высшего учебного заведения по подготовке педагогов-дефектологов (ныне дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина).

В настоящее время в стране существует дифференцированная сеть специальных школ для аномальных детей, насчитывающая десять типов учебных заведений. Существуют также отдельные учебные заведения и классы для детей со сложным дефектом, например школа-интернат для слепоглухонемых в г. Загорске. В школах каждого типа обучение ведется по специальным программам, методикам, учебным и наглядным пособиям, разрабатываемым в Научно-исследовательском институте дефектологии Академии педагогических наук СССР и на кафедрах дефектологических факультетов (отделений) педагогических институтов, которые готовят кадры учителей-дефектологов для всех типов специальных школ и специальных дошкольных учреждений.

Расширяется сеть специальных школ и дошкольных учреждений в связи с дальнейшей дифференциацией специального образования.

Одной из важнейших проблем современной дефектологии является проблема отбора детей в специальные учебные заведения на основе последних достижений медицины, психологии, дефектологии. Отбор осуществляется специальными медико-педагогическими комиссиями (МПК), в состав которых входят специалисты разных профессий — врач-педиатр, психоневролог, педагог-дефектолог (логопед, психолог), а также по мере необходимости врачи- специалисты — оториноларинголог и офтальмолог. Участвующие в комиссии врачи определяют или уточняют медицинский диагноз, выделяя имеющиеся у ребенка дефекты (или основной дефект) и ограничивая их от сходных состояний, в случае необходимости назначают стационарное или амбулаторное лечение. Психолог и педагог-дефектолог (логопед) определяют сущность затруднений ребенка в обучении, причины и характер неуспеваемости, состояние речи и характер ее нарушения. Всесторонне проанализировав собранный материал, комиссия делает

заключение о характере аномалии в целом и определяет тип учебного учреждения для данного ребенка.

Основным критерием отбора в школы для глухих и слабослышащих детей является степень сохранности слуха, а также уровень самостоятельно развившейся речи. В школы для глухих принимаются дети с полным (тотальным) отсутствием слуха и речи, а также дети с остаточным слухом, который не позволяет им самостоятельно накапливать речевой материал и овладевать речью. Главной задачей этого типа школ является обучение языку по коммуникационному принципу. В них создаются условия для выработки у детей потребности в устной речи.

В отличие от глухих, дети с частичным дефектом слуха — слабослышащие — оказываются в состоянии на основе слухового восприятия речи окружающих накопить ограниченный запас фонетически искаженных слов. Школа, в которой обучается данная категория аномальных детей, ставит своей задачей максимальное обогащение их словарного запаса и речевой практики. Программа и методика школы для слабослышащих предусматривает систематическую работу по практическому овладению основными лексическими, фонетическими и грамматическими категориями языка. В учебный план школ слабослышащих включены занятия по развитию навыков произношения и чтения с губ, по исправлению дефектов грамматического строя речи, по развитию слухового восприятия. В учебно-воспитательном процессе этих школ широко используется сурдотехника для компенсации дефекта.

Наиболее важной в системе обучения и воспитания детей с недостатками зрения является проблема компенсации дефекта. В условиях специального обучения выявляются закономерности компенсаторного развития слепых и слабовидящих школьников, разрабатываются пути и средства коррекции нарушенной функции зрения за счет использования слухового, кожного, двигательного и других видов анализаторов.

Результаты исследований позволяют постоянно совершенствовать их обучение. Так, изучение особенностей восприятия слепыми графических изображений позволило разработать систему обучения слепых чтению рисунков и чертежей, создать специфические средства наглядности. Исходя из особенностей процесса компенсации и своеобразия познавательной деятельности слепых и слабовидящих создаются специальные приборы и устройства, позволяющие преобразовывать световые сигналы в звуковые и тактильные, доступные для восприятия слепыми.

Дети с тяжелыми дефектами речи и тяжелыми формами заикания обучаются в соответствующих типах школ. Проводимая в них образовательная, воспитательная и коррекционная работа помогает учащимся преодолеть речевой дефект, достичь высокого уровня познавательного и личностного развития, что, в свою очередь, позволяет им продолжить образование в средних и высших учебных заведениях.

Вспомогательная школа — один из старейших в нашей стране типов учебно-воспитательного учреждения для аномальных детей — дает умственно отсталым детям общее образование в объеме специального учебного плана и программ по общеобразовательным предметам, осуществляет их психическое и физическое оздоровление в процессе коррекционно-воспитательной работы, исправляет недостатки речи, воспитывает навыки социального поведения, осуществляет профессионально-трудовую подготовку по одной из массовых рабочих профессий.

Проблема социально-трудовой адаптации выпускников вспомогательной школы является в настоящее время одной из важнейших специальных проблем дефектологии. От того, насколько успешно овладеет умственно отсталый школьник рабочей профессией, зависит его дальнейшее социальное положение и, следовательно, успешная адаптация в самостоятельной жизни. В связи с этим в старших классах вспомогательной школы профессионально-трудовой подготовке отводится до 40% учебного

времени. Вместе с тем значительное внимание уделяется физическому и эстетическому воспитанию школьников, что позволяет выявить и развить интересы и склонности учащихся, их потенциальные возможности.

Особую группу составляют дети, не имеющие нарушений отдельных анализаторов (слуха, зрения, моторики, речи) или интеллектуальных нарушений, вызванных глубокими органическими поражениями центральной нервной системы, но в то же время стойко не успевающие в общеобразовательной школе.

В современной зарубежной литературе существует ряд определений данной категории детей: дети с эмоциональными нарушениями, дети с нарушениями поведения, дети с трудностями в обучении и ряд других. Используемый в отечественной литературе термин «задержка психического развития» (ЗПР) наиболее полно отражает психолого-педагогическую сущность данной аномалии и является более дифференцированным, так как не включает в себя ни педагогическую запущенность, ни специфические отклонения в эмоционально-волевой сфере и поведении.

Задержка психического развития редко распознается в дошкольном возрасте. Она обнаруживается в процессе предшкольной диспансеризации, а чаще всего — в начальных классах (1—2), когда ребенок начинает испытывать специфические трудности в обучении. Дети, имеющие слабо выраженную ЗПР, могут обучаться в общеобразовательной школе при условии, что учитель знает их особенности и оказывает индивидуальную специфическую помощь. Дети с более глубокой задержкой психического развития могут успешно обучаться лишь в школе специального типа.

В особом типе школ обучаются дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Значительное число контингента учащихся этого типа школ составляют дети с церебральным параличом.

В этих школах учащиеся получают образование в объеме средней школы и профессионально-трудовую подготовку. Одновременно проводится большая учебно-оздоровительная работа, которую ведут врачи-ортопеды,

методисты ЛФК, логопеды, массажисты. Кроме того, осуществляется трудовая оздоровительная терапия.

С распространением дифференцированного подхода к обучению и воспитанию аномальных детей предмет дефектологии как науки расширяется. Убедительным примером этому может служить выделение как особой формы аномалии детей с ЗПР и создание для этой категории детей специальных учебных учреждений, а также создание специального типа учебных учреждений (школьных и дошкольных) для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

ГЛАВА I. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДЕФЕКТОЛОГИИ

1. Дефектология как отрасль педагогической науки

Дефектология (от лат. *defectus* — недостаток и греч. *logos* — слово, учение) относится к педагогическим наукам и изучает психофизиологические особенности развития аномальных детей, закономерности их воспитания и обучения.

Предметом исследования дефектологии как отрасли научного познания являются дети с физическими и психическими недостатками и проблемы их обучения и воспитания.

Дефектология объединяет ряд самостоятельных отраслей: это сурдопедагогика, изучающая вопросы воспитания и обучения детей с недостатками слуха; тифлопедагогика — вопросы воспитания и обучения детей с дефектами зрения; олигофренопедагогика — вопросы воспитания и обучения умственно отсталых детей; логопедия — вопросы изучения и исправления недостатков речи. Дефектология включает также специальную психологию, изучающую психологические особенности аномальных детей.

В дефектологии продолжается процесс дифференциации, возникают новые направления научных исследований (например, изучение детей с задержкой психического развития, с двигательными нарушениями, а также с

различными сложными дефектами — слепоглухонемота, слепота или глухонемота с интеллектуальными нарушениями и др.).

Воспитание и обучение аномальных детей — сложная социальная и педагогическая проблема. Ее решение служит целям подготовки этих детей в соответствии с их возможностями к самостоятельной, активной общественно полезной жизни. Деятельность — основная социальная функция личности, поэтому изучение ее своеобразия и путей совершенствования у аномальных детей способствует их социальной адаптации, т. е. осознанному усвоению системы норм, ценностей и правил общества, приспособлению к условиям жизни и труда.

Советская дефектология исходит из материалистического принципа единства среды и организма. Поскольку дефектология включена в систему педагогических наук, это обуславливает единство ее философских и общепедагогических основ.

Используя различные методы научного исследования, ученые-дефектологи изучают объективные закономерности развития аномальных детей, обосновывают и совершенствуют систему их воспитания и обучения. Разрабатывая содержание, принципы, формы и методы воспитания и обучения аномальных детей, советская дефектология исходит из возможности существенного развития их познавательной деятельности в условиях специально организованного учебно-воспитательного процесса.

Дефект развития, т. е. физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка, не означает наличие только отрицательных признаков. Он не отрицает в развитии аномального ребенка некоторых положительных тенденций, которые зависят от соответствующих условий воспитания и являются результатом адаптации ребенка к окружающей среде. Так, у слепого ребенка обостряются слух, осязание, обонятельная и тепловая чувствительность, помогающие его ориентировке в пространстве. Глухой ребенок улавливает движение, музыку посредством вибрационных ощущений, доводя их до совершенства.

Особенности нарушения физического и психического развития ребенка влияют на весь процесс и конечный результат его познавательной деятельности. Вместе с тем аномальный характер психофизического развития ведет к значительному своеобразию формирования личности ребенка.

Представление об аномальном развитии как о чисто количественной ограниченности несостоительно. Это развитие, прежде всего, отличается качественным своеобразием, опорой на более сохранные функции. В условиях специального обучения и воспитания у аномальных детей преодолевается или сглаживается их биологически обусловленная недостаточность. Именно эта концепция составляет методологическую основу дефектологии, позволяющую оптимистически оценивать возможности развития на дефектной основе.

Принципы и способы познания качественного своеобразия аномального развития являются предметом исследований в дефектологии.

Дефектология как педагогическая наука оперирует рядом основных педагогических категорий.

Воспитание аномальных детей — одно из основных понятий дефектологии. Имеет большое значение для общего развития детей, их общения со сверстниками и взрослыми, формирования личности.

Цели и задачи воспитания аномального ребенка определяются общими принципами педагогики — подготовка к активной общественно полезной жизни, формирование гражданских качеств, но реализуются они в доступном объеме методами и средствами, соответствующими степени и структуре дефекта. В зависимости от характера нарушения выдвигаются специальные задачи, связанные с преодолением его последствий. Воспитание аномального ребенка осуществляется в тесном контакте семьи и школы, в обстановке взаимопонимания, взаимопомощи, разумного сочетания требовательности и щадящего режима.

Воспитательная работа с аномальным ребенком проводится с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей, направлена на формирование у него самостоятельности, навыков самообслуживания, труда и культуры поведения, умения жить и работать: в Коллективе.

Наряду с формированием системы определенных качеств, взглядов и убеждений в содержание воспитания аномального ребенка входит решение определенных воспитательных задач, связанных с вопросами умственного, трудового, нравственного, эстетического, правового и физического воспитания.

Воспитание аномального ребенка требует деликатного, тактичного отношения окружающих к его психическим или физическим недостаткам, исключающего фиксацию внимания на дефекте, подчеркивающую его неполноценность. Важно воспитать у ребенка оптимизм и уверенность, сформировать способность преодолевать трудности, стимулировать его компенсаторные возможности, ориентировать на положительные качества и вместе с тем развить способность к критической оценке своих действий и поступков.

Обучение и развитие аномальных детей — это целенаправленный процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков деятельности, основное средство подготовки к жизни и труду.

В ходе обучения осуществляются цели образования и воспитания. Дефектология занимается вопросами специальной дидактики (теории образования и обучения аномальных детей). Задачи, содержание, принципы, организация учебного процесса разрабатываются для каждого конкретного типа специального учебного заведения с учетом глубины и характера дефекта. В зависимости от этого выбираются методы обучения, наглядные и технические средства, решается проблема дифференциации обучения. Эта проблема является одной из главных в дефектологии. По мнению Т. А. Власовой, цель всех разделов данной науки — определение тех условий обучения и воспитания, которые наиболее адекватно учитывают особенности

развития аномального ребенка и максимально способствуют преодолению имеющихся у него отклонений. Например, результатом совершенствования дифференциальной диагностики было выявление детей с задержками психического развития среди неуспевающих в массовой школе.

При подборе системы и методов обучения для аномального ребенка учитывается также возраст ребенка, время возникновения дефекта. Особое значение имеет момент потери слуха (успела ли развиться речь) или зрения (сохранились ли зрительные представления).

Развитие аномального ребенка в большей степени, чем нормального, зависит от обучения. Поэтому при отсутствии обучения или его несвоевременном начале наносится непоправимый ущерб развитию аномальных детей, тормозится формирование их психических функций, углубляется отставание от нормальных сверстников; при сложных дефектах возможности умственного развития, могут оказаться нереализованными.

Очевидно,, что воспитание и обучение должны носить развивающий характер, учитывая зону ближайшего развития, г. е. тот запас потенциальных возможностей, формирующихся функций аномального ребенка, которые он еще не может реализовать самостоятельно, но уже реализует с помощью педагога. Согласно Л. С. Выготскому, зона ближайшего развития определяет не только имеющиеся возможности, но и перспективу психического развития аномального ребенка. Обучение должно стимулировать переход зоны ближайшего развития в актуальное развитие, т. е. со временем руководство педагога становится излишним, а решение задач ребенком — самостоятельным. Это и составляет внутреннюю взаимосвязь между обучением и развитием, при которой правильно организованное обучение ведет за собой развитие, опираясь на формирующиеся психические функции.

Центральной проблемой специальной дидактики является проблема трудового обучения и воспитания. В специальных школах труд имеет особое значение, так как не только готовит учащихся к жизни и доступной профессиональной деятельности, но и способствует восстановлению

нарушенных болезнью функций, ослаблению дефектов умственного и физического развития. Приобретая трудовые умения и навыки, дети получают возможность всестороннего развития.

Коррекция (лат. *correctio* — исправление) в дефектологии — система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей. Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «коррекционно-воспитательная работа».

Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях. Она не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных детей, а охватывает весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности специальных учреждений.

Коррекционно-воспитательной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у школьников общеобразовательных и трудовых знаний, умений и навыков. На ранних этапах обучения и развития эта работа предусматривает обогащение представлений аномальных детей об окружающей действительности, формирование навыков самообслуживания, произвольных движений и других видов деятельности в зависимости от типов специальных школ и возраста их воспитанников.

В дальнейшем коррекционно-воспитательная работа осуществляется в процессе обучения аномальных детей общеобразовательным знаниям. Большие возможности для коррекционно-воспитательной работы открывает трудовое обучение, в процессе которого формируются не только профессиональные умения, но и воспитываются навыки планирования своей работы, умения руководствоваться словесными инструкциями, критически оценивать качество работы и т. п.

Таким образом, трудовая деятельность имеет разностороннее значение в обучении и развитии аномальных детей, а трудовые процессы оказывают исключительное влияние на коррекцию дефектов их умственного и физического развития.

Важное значение имеет коррекционно-воспитательная работа для формирования эмоционально-волевой сферы аномальных детей и исправления отдельных личностных недостатков и отклонений в поведении. Коррекционно-воспитательная работа учитывает индивидуальные особенности детей с применением в необходимых случаях охранительного режима либо соответствующих форм обучения, стимулирующих интенсивную умственную деятельность.

С целью коррекции недостатков важно создать условия для общения аномальных детей с нормально развивающимися. В ряде случаев аномальным детям необходимы лечебно-коррекционные мероприятия (лечебная физкультура, массаж, артикуляционная и дыхательная гимнастика, применение медикаментозных средств и др.).

Система коррекционно-воспитательной работы строится на активном использовании сохранных возможностей аномального ребенка, «пудов здоровья», а не «золотников болезни», по образному выражению Л. С. Выготского, что позволяет развивать нарушенные и ослабленные функции, высшие психические процессы, без которых немыслимы деятельность и существование человека. В зависимости от типов специальных школ варьируются формы и методы коррекционно-воспитательной работы, но все

они направлены на разностороннее физическое и психическое развитие детей.

Компенсация (лат. *compensatio* — возмещение, уравновешивание) — замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных или приобретенных аномалий.

Так, компенсация функций зрительного анализатора у ребенка, родившегося слепым, возможна преимущественно через развитие осязания, т. е. с помощью сенсорной системы кожного и кинестетического анализаторов.

Процесс компенсации опирается на значительные резервные возможности высшей нервной деятельности. Этот процесс типичен и для животных при нарушении или утрате какой-либо функции, являясь проявлением биологической приспособляемости организма, которая устанавливает его равновесие со средой. Компенсация нарушенных функций у человека имеет качественно иной характер. Она «представляет глубоко своеобразный процесс развития всех сторон личности, в основе которого лежит единство биологических и социальных явлений. Определяющими в развитии процессов компенсации у человека являются сознательная трудовая деятельность и общественные отношения, в которые он вступает в процессе этой деятельности».

У аномальных детей в процессе компенсации происходит формирование новых динамических систем условных связей, исправление нарушенных или ослабленных функций, развитие личности.

Диалектико-материалистическое понимание компенсации нарушенных функций в советской дефектологии основывается на том, что при аномальном развитии сохраняются тот же принцип протекания нервных процессов, та же решающая роль социальных факторов в становлении и развитии психической деятельности, что и в норме.

Специфическое развитие аномальных детей, вызванное нарушением одной из систем организма и его функций, проходит на фоне активизации защитных средств и мобилизации резервных ресурсов, сопротивляющихся наступлению патологических процессов. Здесь и проявляются потенциальные возможности компенсации. Специальное обучение и воспитание открывают широкие возможности развития функций.

В этой связи Л. С. Выготский говорил о законе превращения минуса дефекта в плюс компенсации. «Положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен повести ребенка».

При этом оптимальное развитие функций сохранных органов, замещающих пораженный орган, Л. С. Выготский объясняет не их особым врожденным строением у аномального ребенка, а активным функционированием, вызванным жизненной необходимостью. В развитии аномального ребенка ведущую роль играет не первичный дефект, а его вторичные социальные последствия, его социально-психологическая реализация. Процессы компенсации не в состоянии полностью исправить дефект, но они помогают преодолеть затруднения, создаваемые дефектом. Поэтому Л. С. Выготский считал социальное воспитание аномального ребенка, основанное на методах социальной компенсации его природного недостатка, единственным научно состоятельным и верным путем. Это означает включение ребенка в разнообразные социальные отношения, активное общение, общественно полезную деятельность на основе компенсаторных возможностей.

Чем раньше начинается специальное педагогическое воздействие, тем лучше развивается процесс компенсации. Коррекционно-воспитательная работа, начатая на ранних этапах развития, предупреждает вторичные последствия нарушений органов и способствует развитию ребенка в благоприятном направлении.

Приемы коррекционно-воспитательной работы последовательно применяются на всех этапах развития, так как компенсация нарушенных функций формируется' не сразу, а постепенно, согласно определенным закономерностям.

Высшая форма компенсации означает всестороннее развитие личности ребенка. Однако для некоторых форм аномального развития пределы компенсации ограничены. Так, при грубых аномалиях умственного развития возможна лишь частичная компенсация дефекта, так как глубокие нарушения интеллекта препятствуют развитию высших психических процессов. Но это не означает фатально предопределенных пределов развития умственно отсталых детей. Определенный положительный уровень познавательной деятельности, достигаемый в процессе коррекционно-воспитательной работы, позволяет говорить о значительных потенциальных возможностях умственно отсталых детей.

В связи с тем что аномальные дети весьма подвержены неблагоприятным влияниям и состояниям (болезненные процессы, психические перегрузки и стрессы), компенсаторные механизмы могут разрушаться. При этом резко снижается работоспособность и замедляется развитие. Это явление называют декомпенсацией. Подобные рецидивы функциональных нарушений приводят к неустойчивости и ослаблению психических процессов. В таком состоянии ребенок нуждается в создании охранительного режима, ограничении учебной нагрузки.

Протекание компенсаторных процессов у аномальных детей зависит от ряда условий. «К числу благоприятных условий их развития относятся следующие:

- а) правильно организованная система обучения и воспитания, предусматривающая дифференцированное построение сети специальных учреждений, построение учебного процесса на основе применения специальных приемов и методов коррекционно-воспитательной работы;
- б) использование принципа соединения обучения с трудом как основного средства разностороннего гармонического формирования умственных и физических способностей детей;
- в) правильные отношения в детском коллективе, а также между педагогами и учащимися;
- г) правильная организация режима учебной работы и отдыха детей, предупреждающая возможности перегрузки учебными занятиями;
- д) чередование разнообразных методов обучения учащихся, направленных на повышение их активности, самостоятельности;
- е) использование разнообразных технических средств, широкое применение системы специального оборудования и учебных пособий для оптимального использования возможностей детей.

Важным условием компенсации, исправления и восстановления функции является коррекционно-воспитательная работа, строящаяся с учетом своеобразия развития разных групп аномальных детей, а также опирающаяся на знание индивидуальных особенностей каждого ребенка».

Социальная реабилитация (лат. *reabilitas* — восстановление пригодности, способности) в медико-педагогическом значении — включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Это главная задача в теории и практике дефектологии.

Реабилитация осуществляется с помощью медицинских средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки.

В процессе реабилитации компенсируются функции, нарушенные болезнью. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебных

заведений для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются особенностями аномального развития детей.

Социальная адаптация (от лат. *adapto* — приспособляю) — приведение индивидуального и группового поведения аномальных детей в соответствие с системой общественных норм и ценностей. У аномальных детей из-за дефектов развития затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватного реагирования на происходящие изменения, усложняющиеся требования. Они испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и привести к отклонениям в поведении.

В задачи обучения и воспитания аномальных детей входит обеспечение адекватного взаимоотношения их с обществом, коллективом, осознанного выполнения социальных (в том числе и правовых) норм и правил. Социальная адаптация открывает аномальным детям возможность активного участия в общественно полезной жизни. Опыт специальных учебных заведений показывает, что учащиеся этих школ способны овладеть принятыми в нашем обществе нормами поведения.

Семейное воспитание — активный фактор реабилитации. Совместные усилия семьи и школы обеспечивают приобщение аномального ребенка к активной общественно полезной деятельности, выявление его трудовых возможностей и выбор доступной профессии.

С каждым годом расширяются возможности реабилитации. Научные и технические достижения совершенствуют методы и приемы реабилитации. Технические средства обучения, новейшая аппаратура, применяемые в школах для глухих (например, приборы, преобразующие звучащую речь в оптические сигналы) и слепых, повышают результативность обучения и компенсируют недостатки развития.

Дефектология оперирует и рядом других категорий и понятий, которые будут раскрыты в соответствующих разделах.

2. Основные задачи дефектологии

Глубокое и разностороннее клинико-физиологическое и психолого-педагогическое изучение объективных закономерностей и особенностей физического и психического развития детей с разными видами дефектов является одной из основных задач дефектологии.

Дефектология как целостная отрасль знания сложилась в результате развития и интеграции отдельных ее отраслей, установления общих закономерностей развития, обучения и воспитания аномальных детей разных категорий. Выявление этих закономерностей возможно при условии комплексного, разностороннего подхода к изучению аномальных детей различных специалистов (педагогов, дефектологов, врачей, физиологов, психологов и др.).

Естественнонаучную основу специальных педагогик составляет разностороннее клиническое, физиологическое, психологическое изучение аномальных детей. Оно включает: определение сущности, структуры дефекта и коррекционно-компенсаторных возможностей ребенка с различными отклонениями в развитии; решение проблемы педагогической классификации аномальных детей с целью осуществления организации дифференцированного обучения и воспитания; выявление и учет аномальных детей.

На основе научной разработки эти мероприятия должны осуществляться в раннем возрасте и по всем регионам страны. Полученные данные используются для планирования и организации специальных детских учреждений с целью наиболее полного охвата аномальных детей обучением.

С задачами выявления и учета непосредственно связана проблема научной разработки методов ранней диагностики аномалий развития. Разработаны методы выявления нарушений слуха уже на первом году жизни ребенка, что позволяет своевременно начинать работу по развитию слуха и речи. Успешно диагностируются на ранних этапах развития нарушения зрения и опорно-двигательного аппарата. Диагностика нарушений

умственного развития осуществляется на медико-педагогических комиссиях. Дефектология занимается разработкой теоретических вопросов, средств диагностики, эффективных методик, гарантирующих надежные результаты отбора умственно отсталых детей, составляющих абсолютное большинство всех аномальных детей (при нарушениях слуха, зрения, двигательной сферы также нередко наблюдаются недостатки умственного развития). Однако ранняя диагностика нарушений умственного развития в настоящее время остается несовершенной, требует глубокой научной разработки и нового подхода к организации и работе комиссий по отбору детей в специальные детские учреждения.

Обоснование и разработка принципов организации и развития сети специальных учреждений для аномальных детей. История обучения, воспитания и развития аномальных детей показала преимущество содержания их в условиях специальных педагогических учреждений.

Организация системы образования аномальных детей в нашей стране на общегосударственных принципах обеспечивает обязательность, преемственность и сроки их обучения. Дефектология научно разрабатывает и практически решает проблему раннего (дошкольного) воспитания и обучения аномальных детей. Компенсация и коррекция дефектов развития успешно осуществляются в условиях раннего вовлечения аномального ребенка в процесс специального обучения и воспитания.

Единство обучения и воспитания аномальных детей — один из основных принципов деятельности специальных школ.

Одним из ведущих принципов, обязательным для всех специальных образовательно-воспитательных учреждений, является гуманное отношение к аномальным детям, уважение их человеческого достоинства.

Определение целей, задач, содержания и методов учебно-воспитательного процесса в учреждениях для аномальных детей. Принципиальными для дефектологии являются вопросы о сущности взаимоотношений общего и специального воспитания, о возможности

лечебными мерами и средствами преодолеть дефекты развития, о возможности психолого-педагогическими средствами корректировать развитие аномального ребенка.

Специальные дидактические системы предусматривают для каждого типа спецшкол определенные принципы обучения, характерные формы организации учебного процесса, типичные средства и методы обучения.

Изучаемым в школах учебным дисциплинам соответствуют специальные учебники, методики, наглядные и технические средства обучения. Педагогические средства играют основную корректирующую роль в обучении аномальных детей, повышают их познавательные возможности, стимулируют остаточные функции дефектных анализаторов. Медико-лечебным средствам отводится вспомогательная, дополнительная роль в необходимых случаях. «Вероятно, человечество победит раньше или позже и слепоту, и глухоту, и слабоумие, — писал Л. С. Выготский, — но гораздо раньше оно победит их в социальном и педагогическом плане, чем в плане медицинском и биологическом».

Умственное воспитание аномальных детей осуществляется в ходе усвоения основ наук. Общее образование неразрывно соединено с трудовым обучением и воспитанием. Физическое воспитание, с одной стороны, выполняет функцию укрепления физических качеств, развития пространственной ориентации и моторики, а с другой — выправляет и сглаживает последствия перенесенных заболеваний, т. е. несет коррекционную функцию.

Разработка системы профилактических мероприятий по предупреждению аномального детства. Профилактика обеспечивается здоровыми условиями труда и быта населения, квалифицированным медицинским обслуживанием, предупреждающим заболевания, охраной материнства и детства. Исключительно важное значение для профилактики детской дефективности имеют санитарное просвещение и воспитание, пропаганда дефектологических знаний среди широких слоев населения.

Повышение эффективности процесса социализации аномального индивидуума на разных этапах развития. Дефектология изучает широкий круг проблем жизни и деятельности взрослых аномальных лиц, их включения в социальную жизнь, трудовые коллективы, эффективности их трудовой деятельности. Советская дефектология признает возможность формирования социально активной зрелой личности в результате последовательного и целенаправленного обучения, воспитания и развития аномального ребенка.

3. Основные принципы и методы дефектологии

Дефектология связана с рядом смежных наук—психолого-педагогических и медицинских. Дефектология имеет единую цель и принципы с общей педагогикой, хотя и разрабатывает свою концептуальную систему исходя из специальных задач обучения, воспитания и развития аномальных детей.

Изучение психического развития аномальных детей различных возрастов сближает дефектологию с педагогической и детской психологией, основной задачей которой является установление законов формирования личности на разных возрастных этапах развития нормального ребенка. Педагогическая психология, изучая психологические закономерности усвоения знаний, умений, навыков и формирования личности в процессе обучения и воспитания в массовой школе, дает необходимый материал для дефектологии, изучающей закономерности аномального развития. Без знания закономерностей функционирования человеческой психики и психического развития в норме нельзя разработать научную систему обучения и воспитания аномальных детей.

Поскольку дефектология занимается вопросами изучения, обучения, воспитания и развития детей с физическими и психическими отклонениями, ей необходимы данные их клинического изучения, которые можно получить из невропатологии (науки об органических и функциональных болезнях нервной системы), патологической анатомии (науки, изучающей отклонения

в строении организма), патофизиологии (науки о закономерностях возникновения, развития и течения патологических процессов), общей и медицинской генетики (науки о законах наследственности и наследственных заболеваниях), психопатологии (науки, изучающей болезни психики, их причины, течение, предупреждение и лечение), детской психиатрии (науки, изучающей психопатологические проявления в детском возрасте). Для сурдопедагогики и тифлопедагогики имеют большое значение данные отоларингологии (науки о заболеваниях уха, носа, горла) и офтальмологии (науки о заболеваниях органов зрения). Разработке методов восстановления нарушенных психических функций с использованием приемов компенсации дефекта помогает патопсихология (отрасль психологии, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга).

С целью изучения психофизических особенностей развития аномальных детей и закономерностей их обучения и воспитания дефектология использует систему методов научно-педагогических исследований. Особое значение имеют те методы, которые направлены на изучение индивидуальных отклонений и особенностей различных категорий аномальных детей. Исследование особенностей аномальных детей, закономерностей развития отдельных категорий способствует повышению уровня образования. Оно проводится сначала в семье ребенка, затем — в школе на протяжении всех лет обучения, впоследствии — в условиях самостоятельной жизни. Комплексность изучения, т. е. сравнение данных, полученных учителями, воспитателями, психологами, врачами, — обязательное условие психолого-педагогического изучения аномальных детей.

Основная задача научных исследований в дефектологии — это разработка эффективных способов предупреждения и преодоления аномалий развития у детей.

В научно-педагогических исследованиях дефектология использует известные педагогические и психологические методы. Это наблюдение, заключающееся в целенаправленном изучении определенного психолого-педагогического явления в естественных условиях, обследование или беседа по заранее намеченному плану, позволяющие выяснить особенности формирования личности учащихся или эффективность коррекционно-воспитательного процесса.

Широко используются различные виды эксперимента — естественного (констатирующего и обучающего) и лабораторного, который проводится в специально создаваемых условиях. Экспериментальные Задания выявляют не только сформированные особенности и различные затруднения, но и возможности развития. Это позволяет, правильно поняв своеобразие ребенка, успешно организовать с ним работу по преодолению дефектов развития.

Важным источником получения сведений об аномальных детях является анализ результатов их деятельности — письменных работ, рисунков, различных поделок, характеризующих психические особенности детей, их представления об окружающей жизни. Этот метод отражает индивидуальность учащихся, их склонности и способности.

Ценными средствами изучения аномальных детей являются социологические и психологические методы исследования. Среди них анкетирование — метод массового сбора материала с помощью анкет, методы исследования самооценки и уровня притязаний личности, социометрия — исследование межличностных отношений в группе, а также математические методы, выявляющие количественные показатели исследуемых характеристик.

Дефектология совершенствует имеющиеся методы научных исследований и разрабатывает новые. Обычно в психолого-педагогических исследованиях используется не один, а несколько взаимно дополняющих методов. Такое комплексное применение различных методов обеспечивает надежность результатов.

Вопросы и задания

1. Какое место занимает дефектология среди педагогических наук?
2. Назовите главные задачи дефектологии.
3. С какими смежными науками связана дефектология?
4. Раскройте сущность понятий: «социальная адаптация и реабилитация аномальных детей», «компенсация и коррекция аномального развития».
5. В чем сущность методологических основ дефектологии?

Литература

1. Выготский Л. С. Собр. соч. — М., 1983. — Т. 5.
2. Дефектологический словарь. — М. 1970.
3. Лубовский В. И. Некоторые актуальные проблемы советской дефектологии//Дефектология.— 1987. — № 5. — С. 3—11.
4. Основы обучения и воспитания аномальных детей/Под ред. А. И. Дьячкова, —М., 1965.

ГЛАВА II. АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ (ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

1. Понятие «аномальный ребенок» и особенности аномального развития

К аномальным (от греч. *anomalous* — неправильный) относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению общего развития. Дефект (лат. *defectus* — недостаток) одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Наличие того или иного дефекта еще не предопределяет аномального развития. Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к дефекту развития, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы. Дефекты такого рода не нарушают общения с окружающими, не мешают овладению учебным материалом и обучению в массовой школе. Следовательно, эти дефекты не являются причиной аномального¹ развития.

Дефект у взрослого человека, достигшего определенного уровня общего развития, не может привести к отклонениям, так как его психическое развитие проходило в нормальных условиях.

Таким образом, аномальными считаются дети с нарушением психического развития вследствие дефекта и нуждающиеся в специальном обучении и воспитании.

К основным категориям аномальных детей относятся: дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие); с нарушением зрения (слепые, слабовидящие); с тяжелыми нарушениями речи (логопаты); с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые, дети с задержкой психического развития); с комплексными нарушениями психофизического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые и др.); с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Существуют и другие группы детей с нарушениями и отклонениями в развитии, например дети с психопатическими формами поведения.

Обучение и воспитание аномальных детей, включение их в общественную жизнь и производственную деятельность — сложная социальная и педагогическая проблема.

Аномальные дети — сложная и разнохарактерная группа. Различные аномалии развития по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательной возможности и трудовой деятельности. В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваться в процессе развития ребенка, другие лишь корректироваться, а некоторые только компенсироваться. Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют различные формы педагогической работы с ним.

Характер нарушения физического и умственного развития ребенка оказывает влияние на весь ход и конечный результат развития его познавательной деятельности...

Образовательный уровень аномальных детей резко различен. Одни из них могут овладеть лишь элементарными общеобразовательными знаниями, другие имеют в этом отношении неограниченные возможности.

Характер нарушения оказывает влияние и на возможности учащихся специальных школ в отношении практической деятельности. Одни учащиеся специальной школы овладевают высокой квалификацией, другие могут выполнять малоквалифицированную работу и требуют особой организации их жизни и труда.

Отношение к аномальным детям в мировой истории претерпело длительную эволюцию.

На ранних этапах общественного развития положение аномальных детей было крайне тяжелым. Так, в рабовладельческом обществе детей с различными тяжелыми физическими недостатками уничтожали. В средние века любое отклонение в развитии ребенка рассматривалось как проявление темных, мистических сил. В результате аномальные дети оказывались в изоляции от общества, оставлялись на произвол судьбы.

Следует отметить, что для общественного сознания Древней Руси было гораздо более типично проявление милосердия, сострадания, гуманного отношения к «убогим», стремление приютить их.

Общественный подъем, научно-технический прогресс, развитие педагогической мысли в эпоху Возрождения и последующие периоды истории изменили общественное мнение в отношении обучения и воспитания аномальных детей. Возникла необходимость обучения их общественно полезному труду.

Развитие медицинских и психологических наук способствовало пониманию особенностей развития аномальных детей. Были предприняты попытки классификации аномалий и их причин (разграничение умственно отсталых и душевнобольных), дифференциации отдельных дефектов (например, глухота и тугоухость). Получает распространение частная и благотворительная инициатива воспитания.

В начале XIX века открываются первые специальные учреждения для глухих и слепых детей, а в дальнейшем — и для умственно отсталых. С этого времени наступил новый этап в общественном положении и воспитании аномальных детей.

Организация специальных учебно-воспитательных учреждений развивалась от частных и благотворительных заведений к государственной системе обучения и воспитания аномальных детей.

Как уже отмечалось, аномальное развитие ребенка не отличается лишь отрицательными признаками. Это не столько отрицательное, дефектное, сколько своеобразное развитие.

Изучение аномальных детей показало, что их психическое развитие подчиняется; общим основным закономерностям развития психики нормальных детей.

В центре проблемы основных закономерностей детского развития лежит правильное понимание роли биологического и социального факторов.

Долгое время в биологии господствовала теория преформационных представлений, согласно которой все свойства организма в готовом виде сформированы уже в самом зародыше, а процесс развития — это лишь вызревание исходных врожденных признаков. Эта механистическая, количественная теория развития отрицает роль среды и воспитания, недооценивает значение педагогического влияния на развитие ребенка.

При всей уникальности генетической программы, заложенной в каждом человеке в виде наследственных биологических особенностей, развитие личности определяют социальные факторы, т. е. общественная среда, и, в частности, деятельность ребенка (игра, учение, труд), в процессе которой он постепенно усваивает общественный опыт.

Ребенок овладевает языком окружающих, перенимает их опыт, правила поведения, подражает действиям старших. Постепенно, овладев предметно-практической деятельностью, ребенок развивает мыслительные процессы, память, опираясь на передаваемый ему опыт окружающих. Способы

выполнения практической и умственной деятельности передаются ему через показ действий и речевое общение.

Развитие психики характеризуется, с одной стороны, поэтапностью созревания психических функций, качественным их преобразованием и совершенствованием на каждом последующем возрастном этапе, а с другой — активностью, осознанностью и целеустремленностью его деятельности, нарастающей по мере формирования целевых потребностей. Непроизвольные психические процессы перерастают в произвольные: формируются произвольное внимание, осмыщенное восприятие, отвлеченное мышление, логическая память. Все это — результат социального опыта, которым в ходе психического развития овладевает ребенок.

Таким образом, процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социальных факторов. Оба эти фактора ведут к единой цели — формированию человека.

Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы (силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей и пр.). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности зависят способности к овладению общественным опытом, познанию действительности, т. е. биологические факторы создают предпосылки психического развития человека.

Очевидно, что слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные. «Но все Дело в том, — писал Л. С. Выготский, — что воспитателю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями».

Разумеется, чем глубже биологическое нарушение, тем менее эффективно педагогическое воздействие на психическое развитие аномального ребенка и тем более необходим поиск действенных коррекционно-воспитательных средств и компенсаторных возможностей.

Единство биологических и социальных факторов в развитии человеческой личности не есть механическое их соединение. Они находятся в сложных взаимоотношениях, влияние их друг на друга в разные возрастные периоды различно по степени значимости каждого из этих факторов для общего развития человека.

Наряду с общими закономерностями психического развития нормального и аномального ребенка своеобразное развитие последнего имеет свои закономерности. В течение длительного времени эти закономерности изучаются в Научно-исследовательском институте дефектологии АПН СССР, в НИИ педагогики УССР и на дефектологических факультетах пединститутов страны. Еще в 30-е годы Л. С. Выготский разработал теорию сложной структуры аномального развития ребенка с дефектом. Эта теория отвергла представление об изолированном выпадении одной функции вследствие поражения какого-либо анализатора или заболевания ребенка. Дефект анализатора или интеллектуальный дефект вызывает ряд отклонений, создает целостную сложную картину атипичного, аномального развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего аномального развития.

Так, при нарушении слухового восприятия, возникшего в результате повреждения слухового аппарата и являющегося первичным дефектом, появление глухоты не ограничивается выпадением функции слухового восприятия. Слуховой анализатор играет исключительную роль в развитии речи. И если глухота возникла до овладения речью, как следствие наступает немота — вторичный дефект развития глухого ребенка. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения с использованием сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности и т. д. Конечно, речь в этом случае отличается своеобразной неполноценностью: произношение

при отсутствии слухового контроля нарушено, словарный запас ограничен, усвоение грамматического строя и понимание речи затруднены. Особые сложности возникают с пониманием слов отвлеченного значения. Трудности в овладении устной речью, имеющей первостепенное значение для формирования познавательной деятельности, приводят глухих детей к нарушениям словесно-логического мышления, проявляющимся в затруднениях при языковых обобщениях запоминаемого материала, непонимании условий арифметических задач. Речевые нарушения, затрудняющие общение с окружающими, могут также отрицательно влиять на формирование характера, нравственных качеств глухого.

У слепых детей раннее поражение органов зрения заметно влияет на их развитие. В качестве вторичных отклонений проявляется недостаточность пространственных ориентировок, ограничение конкретных предметных представлений, своеобразие походки, недостаточная выразительность мимики лица, характерологические особенности.

Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта — органического поражения головного мозга, порождает вторичные нарушения высших познавательных процессов (активного восприятия, словесно-логического мышления, речи, произвольных форм памяти), проявляющиеся в процессе социального развития ребенка. Вторичное недоразвитие психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных реакциях, завышенной самооценке, негативизме, недоразвитии воли, невротическом поведении.

Дети с дефектами речи, например косноязычием, возникшим при анатомических особенностях артикуляционного аппарата и являющимся первичным, имеют неизбежные вторичные отклонения в развитии. К ним будут относиться недостатки в овладении звуковым составом слова, расстройства письма и пр.

Следует обратить внимание на взаимодействие первичных и вторичных дефектов. В описанных выше случаях первичный дефект вызывал вторичные отклонения. Но и вторичные симптомы в определенных условиях воздействуют на первичный фактор. Так, взаимодействие неполноценного слуха и возникших на этой основе речевых последствий является свидетельством обратного влияния вторичной симптоматики на первичный дефект. Ребенок с частичной потерей слуха не будет использовать его сохранные функции, если не развивает устную речь. Только при условии интенсивных занятий устной речью, т. е. преодоления вторичного дефекта речевого недоразвития, оптимально используются возможности остаточного слуха. В противном случае первичный дефект слуха усилится.

Необходимо широко использовать педагогическое воздействие на вторичные отклонения в развитии аномального ребенка, так как они в значительной степени доступны коррекции. Преодоление первичного дефекта требует медицинского воздействия, которое, однако, часто оказывается малоэффективным. Игнорирование средовых факторов на ранних этапах развития, недооценка значения специального воспитания усугубляют вторичные отклонения в развитии аномального ребенка.

Важной закономерностью аномального развития является соотношение первичного дефекта и вторичных наслойений.

«Чем дальше отстоит симптом от первопричины, — пишет Л. С. Выготский, — тем он более поддается воспитательному и лечебному воздействию. Получается на первый взгляд парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших, или элементарных, процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом. То, что возникло в процессе развития ребенка как вторичное

образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено».

Согласно этому положению Л. С. Выготского, чем дальше разведены между собой первопричина (первичный дефект биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем больше возможностей открывается для коррекции и компенсации последнего с помощью рациональной системы обучения и воспитания.

Например, недостатки произношения глухих детей тесно связаны с нарушением слуха, т. е. первичным дефектом, и с большим трудом поддаются коррекции. Глухой ребенок не слышит собственной речи, не может ее контролировать, сравнивать с речью окружающих, поэтому у него значительно страдает произносительная сторона речи: четкость, внятность, отчетливость. Вместе с тем другие стороны речи (словарный запас, грамматический строй, семантика), имеющие опосредованную связь с первичным дефектом, в условиях специального обучения корректируются в большей степени за счет активного использования письменной речи. У ребенка наглядные представления возникают в основном на базе зрительного анализатора. Поэтому у слепорожденного ребенка наглядные представления наименее развиты. Он заменяет их суррогатами представлений. Это очень осложняет коррекционную работу со слепыми детьми в области развития наглядных представлений. Зато другие проявления вторичных отклонений, отличающиеся особым своеобразием у слепых детей (некоторые особенности мыслительной деятельности и характера), успешно преодолеваются в условиях специальной школы.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка. Они являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту развития.

¹ Выготский Л. С. Собр. соч. — М, 1983. — Т. 5, — С. 291.

Так, у глухих детей в связи с ограничением речевого общения возникает мимическое жестовое общение, с помощью которого передается необходимая информация. Эти выразительные средства развиваются и превращаются в своеобразную речевую систему. Начиная с указательных жестов и жестов, имитирующих различные действия, ребенок переходит к пластическому описанию и изображению предметов и действий, овладевая развитой мимико- жестикуляторной речью.

Подобно этому у детей, лишенных зрения, остро развиваются чувство расстояния, так называемое шестое чувство, дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память, исключительная способность с помощью осязания составлять всестороннее представление о предметах.

Следовательно, вторичные отклонения психического развития аномальных детей наряду с негативной оценкой заслуживают и положительную оценку. Такая позитивная характеристика определенных проявлений своеобразного развития аномальных детей является необходимым основанием для разработки системы специального обучения и воспитания с опорой на положительные возможности детей.

Источниками приспособления аномальных детей к окружающей среде являются сохранные функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием сохранных.

Глухой ребенок использует зрительный и двигательный анализаторы. Восприятию речи окружающих говорящих людей глухого ребенка обучают зрительно, с помощью так называемого чтения с губ. Постановка звуков речи и обучение контролю за собственной речью осуществляются посредством кинестетического анализатора.

Для слепого ребенка ведущими становятся слуховой анализатор, осязание, обонятельная чувствительность. Специальные приборы усиливают функции сохранных анализаторов и служат для передачи на них различной информации.

У умственно отсталых детей при обучении также используются сохранные анализаторы (слух, зрение и т. д.). С учетом такой особенности, как конкретность мышления и относительно сохранные резервы восприятия, в учебном процессе предпочтение отдается наглядному материалу, помогающему умственно отсталому ребенку осмыслить окружающую действительность.

Слепые словесно получают недоступную информацию о предметах, и словесные обобщения служат основой представлений о них. Значение речи в процессе обучения слепых чрезвычайно велико. Глухие получают от окружающих словесные объяснения звуковых впечатлений многогранного мира.

Роль речевого общения в коррекции развития умственно отсталого ребенка имеет особое значение. Словесные объяснения олигофренопедагога помогают усвоить непонятное в любой учебной и трудовой деятельности олигофренов.

На развитие аномального ребенка оказывают существенное влияние степень и качество первичного дефекта. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения являются в одних случаях ярко выраженными, в других — слабо выраженными, а в третьих — почти незаметными. Степень выраженности нарушения определяет своеобразие аномального развития. Так, небольшая потеря слуха приводит к незначительным нарушениям в развитии речи, а глубокое его поражение без специальной помощи может оставить ребенка немым. То есть существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития аномального ребенка от степени и качества первичного дефекта.

Своеобразие развития аномального ребенка зависит также и от срока возникновения первичного дефекта. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зрительные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохранных анализаторов и речи. В случае

потери зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте развитие ученика будет принципиально отличаться от развития слепорожденного, так как его представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью.

Развитие ребенка с врожденной глухотой отличается от развития ребенка, оглохшего в раннем возрасте (до 3 лет) и поздно - оглохшего, степенью сохранности устной речи. Глухота, возникшая в доречевой период, приводит к полной немоте. Потеря слуха после того, как речь у ребенка сформировалась, дает совсем иную картину аномального развития, так как его речевой опыт отражается на особенностях познавательных процессов. Возникают условия, стимулирующие развитие мышления, обогащается словарный запас, относительно свободно используются словесные обобщения.

Фактор времени имеет значение и для развития умственно отсталых детей. Характер аномального развития детей с врожденным или рано приобретенным умственным недоразвитием (олигофренией) отличается от развития детей с распавшимися психическими функциями на более поздних этапах жизни. Возникновение умственной отсталости в период, когда психика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает иную, отличную от олигофрении структуру дефекта и специфику аномального развития.

И наконец, на своеобразие аномального ребенка активно влияют условия окружающей среды, особенно педагогические.

На ранних этапах развития аномального ребенка должен быть обнаружен дефект и организована коррекционно-воспитательная работа. Раннее обучение речи глухого ребенка предупреждает аномальное развитие его психических функций.

Активность слепого ребенка в раннем возрасте, обучение его самостоятельному передвижению в пространстве, самообслуживанию помогут быстрее приспособиться к своему дефекту и к тем условиям, в которых проходит его жизнь.

Для умственно отсталого ребенка наилучшими условиями, стимулирующими его развитие, будут посильные задания и требования, активизирующие его познавательные интересы и трудовую деятельность, развивающие самостоятельность, формирующие психические процессы, эмоционально-волевую сферу, характер.

Процесс обучения опирается не только на сформировавшиеся функции, но и на формирующиеся. Задача обучения — постепенно и последовательно переводить зону ближайшего развития в зону актуального развития. Коррекция и компенсация аномального развития ребенка возможны только при постоянном расширении зоны ближайшего развития.

2. Причины аномалий

В основе аномалий или дефектов развития лежат нарушения нервной системы или определенного анализатора, в результате которых возникают нетипичное (атипичное) строение и деятельность органов или всего организма. Отклонения возникают в процессе внутриутробного, послеродового развития или в результате действия наследственных факторов. В зависимости от причин возникновения аномалий их подразделяют на врожденные и приобретенные.

«Педагогу-дефектологу чаще всего приходится иметь дело с врожденными аномалиями развития головного мозга, органов слуха, речи, последствиями родовых и бытовых травм, нейроинфекций, некоторыми медленно прогрессирующими дегенерациями. При всех этих вариантах патологии в нервной системе можно обнаружить очаги поражения (поломку или недоразвитие). Поэтому в таких случаях говорят о наличии органического поражения — врожденного или приобретенного характера. Но наряду с органическими поражениями могут встречаться нарушения

функций тех или иных отделов нервной системы, связанные с повышенной возбудимостью или тормозимостью, некоординированностью работы отдельных функциональных систем. В таких случаях говорят о наличии функциональных расстройств нервной деятельности, т. е. рас: согласованности, неуравновешенности работы отдельных звеньев».

Причины возникновения врожденных аномалий разнообразны.

К первой группе относятся патогенные (вызывающие отклонения) агенты, действующие на развивающийся плод во внутриутробном развитии. Это инфекции, физические и психические травмы, токсикозы беременности, интоксикации (отравление организма ядовитыми веществами), температурные влияния (охлаждения), различные болезни беременной женщины (болезни сердца, легких, эндокринных желез).

Голодание матери, дистрофия, неправильное питание могут вызвать у плода дефицит питательных веществ: белков, жиров, углеводов, витаминов.

Возбудителями внутриутробной инфекции могут быть вирусы различных болезней (краснухи, гриппа, кори и др.). Инфицирование плода происходит во время беременности, а источником инфекции является больная мать.

Наиболее тяжелые поражения нервной системы, органов слуха, зрения, нарушения в физическом и психическом развитии и пр. бывают при токсоплазмозе. Возбудитель проникает из организма матери в плод через плаценту. Заражение человека происходит от домашних животных и птиц. При врожденной краснухе отмечаются разнообразные поражения зрения, например катаракта (помутнение хрусталика), а также двигательные нарушения. К последствиям внутриутробных инфекций нервной системы относят микроцефалию, гидроцефалию, спастические параличи и парезы, непроизвольные навязчивые движения (гиперкинезы).

Под влиянием различных вредностей может нарушаться деятельность желез внутренней секреции (эндокринных желез), и в этом случае некоторые

гормональные нарушения у беременной отрицательно сказываются на развитии плода.

В ряде случаев самолечение, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, безуспешные попытки прервать беременность, заболевания жизненно важных органов и пр. тяжело отражаются на внутриутробном развитии плода.

Возможны различные эмбриональные мозговые поражения вследствие резус-несовместимости крови матери и плода. В этом случае часто страдают подкорковые образования, височные области коры и слуховые нервы.

Существует прямая связь между временем воздействия патогенных агентов на развивающийся плод и негативными последствиями. Чем раньше во внутриутробном развитии повреждается эмбрион, тем более тяжелыми оказываются последствия этих вредоносных явлений.

Ко второй группе врожденных аномалий относятся наследственные генетические поражения организма. Они характеризуются разнообразными наследственно обусловленными нарушениями обмена веществ, так как нередко наследственность определяют как свойство живых организмов воспроизводить сходный тип обмена веществ в ряду поколений.

Элементарными единицами наследственности являются гены, расположенные в хромосомах — нитевидных самовоспроизводящихся структурах клеточного ядра. В составной части хромосомы закодированы основные признаки организма. По наследству передаются только хромосомы с локализованными в них генами.

Возможно наследование некоторых форм олигофрении (например, болезнь Дауна) и психозов, обусловленных нарушениями - в строении или числе хромосом. Эти нарушения вызваны аномалиями хромосомных наборов родителей. Частота хромосомных болезней среди новорожденных детей составляет около 1%. Наследуются также различные типы глухоты и определенные нарушения зрительного анализатора. При хромосомных

болезнях встречается микроцефалия (недоразвитие коры больших полушарий), являющаяся причиной глубокого интеллектуального дефекта.

Крайне отрицательно влияют на потомство, вызывая врожденные аномалии, алкоголизм и наркомания родителей. В семье алкоголиков многие дети рождаются умственно отсталыми, с тяжелыми заболеваниями центральной нервной системы и другими патологическими отклонениями. Вместе с тем и умеренное, эпизодическое употребление алкоголя в период беременности или даже одноразовое его употребление перед зачатием может пагубно отразиться на судьбе будущего ребенка.

Приобретенные аномалии включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные природовыми и послеродовыми поражениями организма ребенка. К природовым нарушениям, как правило, относятся механические повреждения плода (природовые травмы), связанные с неблагоприятным течением родов: длительных, затяжных или быстрых, стремительных. Распространенным осложнением является кровоизлияние в вещества мозга. Сдавливание, деформация головки при наложении щипцов в случае затяжных родов может быть причиной разрыва сосудов. Результатом стремительных родов также бывает кровоизлияние из-за быстрой смены внутриматочного давления атмосферным.

К расстройствам кровообращения с тяжелыми последствиями приводит асфиксия (остановка дыхания, кислородное голодание у ребенка во время родов). При длительных родах, вызванных неправильным положением плода, вероятно травматическое повреждение плечевого нервного сплетения, в результате которого наступает периферический паралич руки.

Послеродовые приобретенные аномалии развития в основном являются последствиями перенесенных в раннем детском возрасте заболеваний. К этим заболеваниям относятся инфекционные болезни нервной системы, известные под названием нейроинфекций. Среди них воспалительные заболевания, вызванные, как правило, бактериями или вирусами.

Заболевание менингитом (воспаление мозговых оболочек) может привести к развитию гидроцефалии, к глухоте, двигательным нарушениям, задержке психического развития.

Последствия перенесенного энцефалита (воспаление головного мозга) во многом зависят от возраста больного. В раннем детском возрасте он может стать причиной глубоких задержек психического и моторного развития, аффективных вспышек, неустойчивого настроения.

Менингоэнцефалит — вторичный энцефалит, возникает в результате перенесения ребенком различных инфекционных заболеваний. Болезненный процесс в этих случаях захватывает области головного и спинного мозга. К последствиям менингоэнцефалита относятся многочисленные патологические симптомы. Это могут быть двигательные расстройства, речевые нарушения и др. Особенно страдает интеллект.

Полиомиелит (острое инфекционное заболевание нервной системы) приводит к резкому ограничению двигательных возможностей ребенка. Болезнь характеризуется стойкими параличами отдельных групп мышц.

К поражениям нервной системы приводят такие инфекционные болезни, как корь и грипп. В остром периоде этих заболеваний возможно развитие энцефалита, поражение вещества и оболочки головного и спинного мозга со всеми вытекающими аномальными последствиями.

К реже встречающимся причинам приобретенных аномалий относятся различные травматические повреждения (преимущественно слухового и зрительного анализатора, а также черепно-мозговые травмы). Вследствие патологических изменений нервной системы черепно-мозговые травмы могут сопровождаться выраженными изменениями двигательных и психических функций (параличами, расстройствами слуха, зрения, внимания, памяти и речи, нарушением интеллектуальной деятельности, неврозами и эпилепсией).

В ряде случаев причиной аномалии могут оказаться интоксикации. Обычно от интоксикации страдает весь организм, но отдельные вещества

особенно активно действуют на нервную систему (алкоголь, наркотики, соли свинца, ртути и др.). Из лекарственных средств особо токсичны большие дозы антибиотика стрептомицина: они могут привести к поражению слухового нерва.

Различные заболевания носоглотки, органов зрения могут вызвать тяжелые осложнения и поражения соответствующих анализаторов с последствиями аномального развития ребенка. Поэтому важно их своевременное предупреждение и профилактика.

3. Политика Советского государства в области аномального детства

Проблема воспитания и обучения аномальных детей занимает важное место среди других социальных проблем народного образования.

Советское государство, руководствуясь гуманными стремлениями в отношении аномальных детей, с первых дней проявило заботу об их воспитании, обучении и лечении.

Неудовлетворительное состояние охраны детства, здравоохранения, низкий культурный уровень, тяжелое материальное положение подавляющего большинства населения, обостренное затяжными империалистической и гражданской войнами, голодом и эпидемиями, привели к ощутимому росту числа аномальных детей.

В первые годы Советской власти понятие «дефективность» трактовалось чрезвычайно широко. К дефективным относили не только детей с физическими и психическими аномалиями (слепых, глухих и умственно отсталых), но и детей с нарушениями поведения (беспрizорников, преступников, наркоманов и т. п.). Вопрос борьбы с детской дефективностью стал центральным в общегосударственных мероприятиях по охране детства. Забота об аномальных детях стала делом государства, которое поставило задачу не признания этих детей, а приобщения их к общественно полезной деятельности.

Для аномальных детей создана единая система специальных учебно-воспитательных учреждений с соответствующими учебными планами и

программами воспитания, обучения и трудовой подготовки. В основе ее лежат принципы всеобщности, общедоступности и обязательности обучения.

Обучение и воспитание аномальных детей обеспечиваются квалифицированными специалистами, педагогами-дефектологами, подготовка которых ведется на дефектологических факультетах ряда педагогических вузов страны.

Учреждения для аномальных детей, дифференцированные соответственно характеру и глубине дефекта, включены в государственную систему народного образования, здравоохранения и социального обеспечения.

Внимание к проблемам аномального детства со стороны государства проявляется в законодательных актах Советского правительства, направленных на организацию помощи аномальным детям, создание необходимых условий для постоянного развития и совершенствования системы их обучения и воспитания.

Внесены принципиальные изменения в общественное положение аномальных детей. В СССР сняты политические, гражданские и правовые ограничения с лиц, имеющих нарушения в физическом и умственном развитии (за исключением лиц с тяжелой формой умственной отсталости — имбецилов и идиотов).

Аномальные дети не изолированы от других членов общества, детей с нормальным развитием.

Социальная среда — важный и эффективный фактор воспитания. Аномальным детям с учетом их возможностей предоставляется конституционное право получить общее и профессиональное образование, участвовать в общественно полезном труде. Окончившим специальные учебные заведения обеспечивается возможность дальнейшего совершенствования своих знаний, трудовых умений и навыков.

В нашей стране ведется работа по предупреждению и профилактике детских аномалий. Состояние проблемы аномального детства зависит от материального и культурного уровня, бытовых условий, качества медицинской помощи, развития профилактических средств, применения специальных методов лечения, условий семейного и общественного воспитания.

В СССР отмечаются значительные достижения в борьбе с причинами, порождающими аномалии в физическом и умственном развитии детей. Полностью ликвидированы тяжелые инфекционные, эпидемические заболевания (чума, холера, оспа, малярия, трахома, сыпной тиф и др.), снижена заболеваемость брюшным тифом, дифтерией и др., которые были причиной многих выраженных дефектов у детей, различных психических нарушений, поражений органов зрения и слуха. Успехи медицины в лечении и профилактике полиомиелита, менингита, туберкулеза положительно сказались на предупреждении аномальности в развитии детей.

Женские консультации, родильные дома, детские поликлиники в системе здравоохранения, так же как и охрана труда женщин на производстве, призваны обеспечить благоприятные условия для предупреждения причин аномального развития.

В целях социально-трудовой адаптации лиц с недостатками физического развития в нашей стране созданы общественные организации граждан, лишенных слуха и зрения, — Всероссийское общество глухих (ВОГ) и Всероссийское общество слепых (ВОС); общества глухих и слепых с аналогичными функциями имеются во всех союзных республиках. На местах работают областные, краевые, городские и районные отделы и правления. Обе организации возникли в 20-е годы. В их функции входит улучшение культурно-бытовых условий, повышение общеобразовательных и профессиональных знаний членов общества, а также их трудоустройство в промышленности, сельском хозяйстве и в других сферах деятельности. ВОГ

и ВОС имеют свои учебно-производственные специальные предприятия, выпускающие разнообразную продукцию.

Для проведения просветительной и культурно-массовой работы ВОГ и ВОС имеют широкую сеть Домов культуры, клубов, библиотек. В Москве работает Театр-студия мимики и жеста — профессиональный театр глухих.

ВОГ и ВОС издают ежемесячные общественно-политические и научно-популярные журналы, поддерживают международные связи с глухими и слепыми через Всемирную федерацию глухих и Всемирный совет благосостояния слепых, ставящие цели приспособления глухих и слепых к нормальной жизни в обществе и улучшения их социальных условий.

Социальное значение проблемы воспитания и обучения аномальных детей, наличие больших трудностей в ее решении превратили эту проблему в международную. Стала очевидной необходимость выработки международных принципов правового регулирования социального положения лиц с недостатками умственного и физического развития, юридического обеспечения их прав и обязанностей в обществе, в том числе права на образование. В последние годы получило развитие сотрудничество между государствами в области специального обучения и воспитания аномальных детей. Организация объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) разработала рекомендации для определения задач и перспектив совершенствования системы воспитания и обучения аномальных детей во всех странах мира.

Проблемами предупреждения и профилактики болезней, вызывающих аномальное развитие, занимается Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Она помогает странам международного сообщества в борьбе с инфекционными, нервными болезнями и эпидемиями, вызывающими разнообразные глубокие дефекты развития у детей.

Вопросы и задания

1. Раскройте содержание понятий «аномальный ребенок» и «аномальное развитие».

2. Какова роль биологических и социальных факторов в психическом развитии человека?

3. Раскройте сущность теории первичного дефекта и вторичных отклонений в аномальном развитии ребенка.

4. Приведите примеры детских аномалий. Каковы их причины?

5. Охарактеризуйте государственные мероприятия по организации помощи аномальным детям в нашей стране.

6. Расскажите о социально-правовом положении лиц с дефектами умственного и физического развития в СССР.

Литература

1. Бадалян Л. О. Невропатология. — М., 1987.
2. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии.— М., 1973.
3. Дефектологический словарь—М., 1970.
4. Коберник Г. Н., Синев В. Н. Введение в специальность. Дефектология. — Киев, 1984.
5. Основы обучения и воспитания аномальных детей/Под ред. А. И. Дьячкова. — М., 1965.

ГЛАВА III. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

1. Умственно отсталые дети

Термином «умственная отсталость» в советской дефектологии 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 — олигофренопедагогикой. Термин «олигофрения» (от греч. *oligos* — мало и *phren* — ум) был введен немецким психиатром Э. Крепелином. Этот термин традиционно используется в советской специальной педагогике. В ряде зарубежных стран 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 (а иногда используется и сейчас) 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, умственная отсталость которых является ведущим синдромом олигофрении, т. е. дети-олигофrenы. Олигофрения — это форма умственного и психического недоразвития, возникающая в результате поражения ЦНС (и в первую очередь коры головного мозга) в преднатальный (внутриутробный), натальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития) период.

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 и др.), заражение плода паразитами, попавшими в организм матери (токсоплазмоз), различные родовые травмы (асфиксии).

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

Особо следует отметить корреляцию между такими асоциальными явлениями, как алкоголизм, наркомания и токсикомания родителей, и появлением в этих семьях аномальных (в том числе и умственно отсталых) детей. Алкоголизм и наркомания могут быть причиной умственной отсталости как экзогенного, так и эндогенного характера. В первом случае продукты распада алкоголя и наркотиков (токсины) благодаря общей системе кровообращения матери и плода 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. При олигофрении имеет место не только количественное (диффузное) поражение всей коры больших полушарий, но 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 обусловливает разнообразие нарушений в познавательной деятельности детей-олигофренов, их эмоционально-волевой сфере.

По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно подразделяется на 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 (иногда очень тяжелые, вынуждающие их к лежачему образу жизни) моторики, координации движений и праксиса, 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) системы Министерства социального обеспечения, где им оказываются необходимая медицинская помощь, наблюдение и уход. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в специальные интернаты для хроников. Государственная система помощи глубоко умственно отсталым не исключает их воспитание 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, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении они, так же как и идиоты, являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц. До достижения совершеннолетия эти дети также находятся в специальных детских домах для глубоко умственно отсталых. В последние годы благодаря многолетним специально организованным исследованиям НИИ дефектологии АПН СССР 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 - дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. Изучение и усвоение учебного материала по любому предмету школьной программы для дебилов чрезвычайно сложно. Например, овладевая письменной и устной речью, понятием числа, навыками счета, они испытывают мучительные 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 слуха 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-дебилов нарушена, они с большим трудом овладевают простейшими математическими операциями.

Отсутствие умения устанавливать адекватные причинно-следственные зависимости приводит к серьезным затруднениям даже в 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-дебилам усваивать в объеме массовой общеобразовательной школы материал по таким предметам, как история, география, черчение, физика, химия и др.

Соматические нарушения, общая физическая ослабленность (особенно на ранних годах обучения), нарушения моторики, свойственные большинству детей-дебилов, а также особенности эмоционально-волевой сферы, системы побудительных мотивов, характера и поведения в значительной степени ограничивают круг их последующей профессионально-трудовой деятельности.

2. Обучение и воспитание умственно отсталых детей дошкольного возраста

Основной задачей специального дошкольного обучения и воспитания умственно отсталого ребенка является обеспечение максимально возможного уровня физического, умственного и нравственного развития, подготовка к школьному обучению в специальной школе. Подготовка к школьному обучению должна вестись 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 народного образования, Министерства здравоохранения или Министерства социального обеспечения.

В системе народного 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 «олигофrenия в степени дебильности неосложненной формы». Дети с эпизиндромом, детским церебральным параличом, явно выраженным психопатоподобным поведением, болезнью Дауна, шизофrenией и др. в дошкольные учреждения системы народного образования не принимаются. Не принимаются в эти учреждения также дети с задержкой психического развития и дети с диагнозом «олигофrenия 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 Минздрава СССР 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 «олигофрения 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 «олигофрения в степени имбэцильности» воспитываются в учреждениях Министерства социального обеспечения.

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

Как правило, у всех умственно отсталых дошкольников наблюдается отсутствие или значительное снижение интереса к окружающему, общая патологическая инертность (что, однако, не исключает крикливи, беспокойства, раздражительности и 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 сказывается на развитии первых действий с предметами — хватании и на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием.

Не развиваются своевременно и предпосылки развития речи: предметное восприятие и предметные действия, общение со взрослыми и, в частности, доречевые средства общения. Наблюдается недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха, в результате у умственно отсталых детей не возникает своевременно не только лепет, но и гуление. Это процессы рефлекторные, в норме они появляются в самые первые месяцы жизни ребенка, протекают в основном независимо от условий окружающей среды, от влияния взрослых и связаны непосредственно с состоянием центральной нервной системы.

В целом умственно отсталый ребенок в раннем возрасте имеет существенные отклонения в психическом и речевом развитии.

В то же время тенденции развития умственно отсталого ребенка те же, что и нормально развивающихся сверстников. Многое 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 как тенденция развития. К концу дошкольного возраста лишь

немногим больше половины умственно отсталых детей достигают уровня развития восприятия, характерного для начала дошкольного возраста у 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.

Особо следует отметить, что, в отличие от нормально развивающихся детей, у умственно отсталых изменения, которые происходят с возрастом 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 ее развития. Однако у умственно отсталых детей к началу дошкольного возраста фактически совсем не возникает предметная деятельность. Их 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 у умственно отсталых детей все большее место начинают занимать процессуальные действия. Однако

подлинной игры не возникает. Без специального обучения ведущей деятельность у умственно отсталого ребенка является не игровая, а предметная. В игре наблюдается стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, нет элементов сюжета. Дети не используют предметы-заместители, тем более они 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 практически не возникает; не появляются конструктивные умения, не возникает предметный рисунок. При обучении без учета особенностей развития этой категории детей 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 для него реальный предмет. 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 процесса требует значительных усилий со стороны родителей и воспитателей. Поэтому в семье, как правило, идут по линии наименьшего сопротивления — родители сами раздеваются, одеваются, кормят ребенка.

Однако имеются семьи, в которых родители пытаются ставить перед ребенком определенные требования и добиваются некоторых успехов. Поэтому умственно отсталые дошкольники имеют разный уровень овладения навыками самообслуживания.

Однако сам характер умений и навыков заслуживает более детального рассмотрения. Движения у 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 его на место, а затем открывают кран. Страдает и характер каждого отдельно взятого действия, входящего в состав навыка. Например, умев 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 те из них, к которым предъявлялись последовательные требования с учетом их индивидуальных особенностей, овладевают навыками самообслуживания, свидетельствует о достаточной потенциальной возможности развития практической деятельности этой категории детей.

У умственно отсталых дошкольников развитие речи существенно отличается от развития речи у их нормально развивающихся сверстников. Отставание в развитии речи начинается у них с младенчества и продолжает накапливаться в раннем детстве. Соответственно к началу дошкольного возраста у них нет готовности к усвоению речи. Не сформированы такие предпосылки речевого развития, как предметная деятельность, интерес к окружающему, потребности в общении со взрослыми, не сформирован фонематический слух, 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.

У тех детей, у которых формируется фразовая речь, она 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 оказывается при этом 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 длительно 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. В отдельных случаях может наблюдаться сопряженная речь, но совсем не возникает отраженная и планирующая. Сопряженная речь часто производит впечатление не соотнесенной с данной ситуацией. Во многих случаях наблюдается эхолаличная речь.

Речь умственно 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 и другими средствами общения, в частности мимико-жестикуляторными. 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 приходят к школьному возрасту с существенными речевыми нарушениями.

У умственно отсталого ребенка в раннем детстве не складываются те предпосылки к развитию личности, 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 у нормально развивающегося ребенка 3 лет начинает развиваться собственное «Я», у умственно отсталого ребенка практически еще нет никаких личностных проявлений. Его поведение носит непроизвольный характер. В то же время, после 4 лет, когда у умственно отсталых начинает развиваться интерес к окружающему, формируются элементарные действия с предметами, мы можем наблюдать у них и возникновение первых проявлений самосознания, отделения своего «Я», которые находят выражение, 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. Ограничность 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 стороны, развивающийся комплекс неполноценности делает их еще более отверженными в среде сверстников. В поведении умственно отсталых дошкольников, как правило, превалируют сиюминутные желания, импульсивные действия.

3. Вспомогательная школа и ее задачи

В СССР обучение и воспитание умственно отсталых детей является частью общегосударственной системы народного образования. Вспомогательная школа находится в системе государственных общеобразовательных детских учреждений, однако по своим задачам существенно отличается от массовой общеобразовательной школы. Специальной 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. Исходя из этого основной задачей вспомогательной школы является подготовка ее учащихся к самостоятельной трудовой деятельности по одной из массовых 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 адаптации 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 в 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 позволит основной массе учащихся получать законченную профессиональную подготовку в стенах школы. Кроме того, это позволит более успешно решать вопросы трудоустройства выпускников, так как при 9-летнем сроке обучения все выпускники достигают 16-летнего возраста — 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 этой школы, существенно отличающихся от массовой школы.

Коротко остановимся на основных характеристиках учебных предметов, входящих в учебный план вспомогательной школы, с точки зрения реализации в них принципа коррекционного обучения.

Русский (для национальных школ — родной) язык является одним из основных общеобразовательных предметов. Изучается с 1 по 9 класс. Задачами обучения русскому языку во вспомогательной школе являются:

- 1) обучение учащихся правильному и осмысленному чтению доступных им пониманию художественных и газетно-журнальных текстов, привитие интереса к чтению;
- 2) формирование у учащихся прочных навыков аккуратного, разборчивого и грамотного письма на основе усвоения начальных сведений по грамматике и правописанию;
- 3) обучение правильному и последовательному изложению своих мыслей в устной и письменной форме.

Математика (1—9 классы) имеет исключительное значение для подготовки учащихся к трудовой деятельности. За период обучения во вспомогательной школе учащиеся должны получить следующие математические знания и навыки:

- 1) производство четырех арифметических действий с отвлеченными и именованными числами;
- 2) знание метрической системы мер, мер времени и умение пользоваться этими мерами;
- 3) элементарные сведения о простых и десятичных дробях и умение производить сложение и вычитание их;
- 4) элементарные навыки черчения с помощью простейших чертежных инструментов и знакомство с простейшими геометрическими телами на уроках наглядной геометрии;

5) умение решать несложные арифметические задачи.

Естествознание (6—9 классы). Задачами преподавания естествознания по вспомогательной школе являются:

1) уточнение и формирование представлений учащихся об окружающем материальном мире и явлениях природы, о роли и характере хозяйственной деятельности человека в зависимости от условий окружающей среды;

2) воспитание навыков ухода за растениями и домашними животными;

3) привитие санитарно-гигиенических знаний и навыков;

4) воспитание материалистических взглядов на природу и происходящие в ней процессы;

5) природоохранное и экологическое воспитание учащихся.

География (6—9 классы). Задачей преподавания географии во вспомогательной школе является сообщение учащимся первоначальных сведений о формах земной поверхности, о воде на земле, о погоде и климате, карте, животном и растительном мире нашей Родины, родном крае, характере труда человека в зависимости от географических условий. География как учебный предмет имеет большое коррекционное и воспитательное значение. Занятия географией воспитывают у детей любознательность, привычку к наблюдениям за явлениями природы, умение сравнивать, устанавливать сходство и различие в наблюдаемых явлениях природы. Наряду с естествознанием география участвует в природоохранном и экологическом воспитании учащихся, воспитывает любовь к родному краю, Родине.

История (7—9 классы). Вспомогательная школа не ставит своей целью дать ученикам строго систематизированные знания по истории СССР. Курс истории СССР во вспомогательной школе строится на изучении наиболее ярких, значительных событий отечественной истории, начиная с

первобытнообщинного строя и кончая современными событиями в нашей стране и за рубежом.

В курсе истории предусмотрены элементы правового обучения учащихся как одного из факторов их последующей социальной адаптации.

Так же как в курсах естествознания и географии, в курсе истории предусмотрена определенная работа по краеведению.

Изобразительное искусство (1—6 классы). Учитывая особенности познавательной деятельности и моторики учащихся, задача уроков изобразительного искусства во вспомогательной школе заключается, прежде всего, в воспитании у детей осмысленного, дифференцированного восприятия предметов, различия формы, пропорций и цвета предметов, их пространственного взаиморасположения. В задачу уроков изобразительного искусства, естественно, входит и эстетическое воспитание учащихся на примерах знакомства с произведениями выдающихся художников. Навыки, полученные учениками на уроках изобразительного искусства, широко используются на уроках чтения, естествознания, географии и истории.

Пение и музыка (1—6 классы). В задачу занятий по пению и музыке входит: научить детей слушать музыку, различать ритм и темп, а также развить музыкальный слух детей, сформировать элементы хорового пения. Решаются эти задачи только в процессе практических занятий. Вместе с уроками изобразительного искусства уроки пения и музыки являются частью эстетического воспитания учащихся вспомогательной школы.

Физическое воспитание (1—9 классы). Основные задачи физического воспитания заключаются в содействии правильному формированию растущего организма и исправлению недостатков моторики. В младших классах в занятия по физическому воспитанию включается ритмика, с 4 класса в содержание уроков вводятся гимнастика, спортивные игры, лыжная подготовка. При занятиях физической подготовкой особо учитываются индивидуальные особенности учащихся, осуществляется врачебный контроль.

Ручной труд (1—4 классы). Задачами ручного труда в младших классах являются:

- 1) содействие умственному развитию ребенка и усвоению общеобразовательных знаний и навыков;
- 2) коррекция моторики (особенно мелкой моторики рук и пальцев);
- 3) воспитание умения планировать и организовывать свою деятельность, аккуратности, точности, самостоятельности, настойчивости;
- 4) подготовка учащихся к профессионально-трудовому обучению.

Разнообразие видов работ, входящих в программу по ручному труду (лепка, вязание и плетение, шитье, работа с бумагой, картоном, текстилем, проволокой, природным материалом, конструирование из деталей металлоконструктора), обеспечивает разностороннюю и активную работу всех органов чувств ребенка. В процессе изготовления простейших моделей, игрушек учащиеся научаются различать свойства предметов и материалов, сравнивать и обобщать, поэтапно планировать свою деятельность. Продолжая простейшие измерения, школьники усваивают такие общие понятия, как форма, вес, размер и т. п. При работе с природным материалом развивается наблюдательность детей, их эстетический вкус. Обогащение представлений учащихся на уроках ручного труда является предпосылкой для развития и активизации их речевой деятельности.

Профессионально-трудовое обучение (5—9 классы) является одной из основных задач вспомогательной школы. От того, насколько успешно подросток овладеет рабочей специальностью в стенах школы, зависит, как будет проходить процесс его дальнейшей социализации в самостоятельной жизни.

Структура профессионально-трудовой подготовки включает изучение теоретического материала (свойства различных материалов, инструментов, устройство станков и механизмов, технологические операции и т. д.), практическую работу в школьных мастерских и практику на предприятиях. Курс профессионально-трудового обучения заканчивается экзаменом с

присвоением разряда (как правило, 1-го) по соответствующей рабочей профессии.

Это позволяет выпускникам вспомогательной школы в дальнейшем совершенствовать свои профессиональные знания и навыки и получить более высокий разряд. Традиционно во вспомогательной школе сложилась профессионально-трудовая подготовка по следующим видам массовых рабочих профессий: слесарное дело, столярное дело, картонажно-переплетные работы, швейное дело (для девочек), обувное дело, штукатурно-малярные работы и некоторые другие виды труда, специфические для данного региона. Во вспомогательных школах, расположенных в сельской местности, профессионально-трудовая подготовка учащихся осуществляется по сельскохозяйственным профессиям, также в зависимости от региональных условий.

Изучение технологических свойств материалов и инструментов происходит на основе активной работы всех органов чувств. Мускульно-двигательные ощущения, осязание, зрение, слух, обоняние приводятся в деятельное состояние, когда ученик изучает исходные материалы, активно воздействует на их свойства в процессе обработки. В этом заключено огромное корrigирующее и развивающее значение профессионально-трудовой подготовки.

Однако профессионально-трудовая подготовка учащихся вспомогательной школы еще далека от совершенства. Современное производство предъявляет к рабочим массовых профессий все более высокие требования. Повышается интенсификация производства, ручные операции механизируются и автоматизируются. Например, освоив в школе профессию швеи-мотористки и получив 1-й разряд, выпускница вспомогательной школы в силу своих психофизических особенностей не может в условиях конвейерного производства выполнять необходимое по норме количество операций.

Практика последних лет показала, что профессионально-трудовая подготовка выпускников вспомогательной школы должна носить более универсальный, политехнический характер. Современному предприятию нужен не просто «слесарь», а «слесарь механосборочных работ», «слесарь-сантехник», «слесарь-наладчик» и т. п. Это не позволяет значительной части контингента выпускников вспомогательной школы получить законченную профессионально-трудовую подготовку за период обучения в школе Или, даже получив ее, успешно применять ее на практике. Это, естественно, значительно усложняет проблему трудоустройства выпускников вспомогательной школы, а следовательно, и процесс социально-трудовой адаптации. Таким образом, требует решения проблема послешкольной профессионально-трудовой подготовки умственно отсталых подростков в специальных учреждениях профессионально-технического профиля или в специализированных группах при ПТУ общего типа. Такой опыт за рубежом уже есть (например, в Венгрии).

Наконец, потенциальные возможности учащихся далеко не исчерпываются тем небольшим традиционным перечнем рабочих профессий, по которым идет профессионально-трудовая подготовка во вспомогательной школе. Расширение номенклатуры рабочих профессий для учащихся вспомогательных школ — одна из актуальных задач современной олигофренопедагогики.

4. Контингент учащихся вспомогательной школы

Основной контингент учащихся вспомогательной школы составляют дети-олигофrenы. 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 процесса 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 олигофрении определяется особенностями патогенеза, который 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 выделяет 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 тугу подвижность 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 выраженнымими нейродинамическими нарушениями. Это

быстро возбудимые, расторможенные, недисциплинированные дети, с резким снижением работоспособности или крайне вялые и заторможенные. Это 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 этой категорией детей в первую очередь используются те педагогические приемы, которые направлены 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 сопряженная деятельность с учителем при выполнении задания. В процессе работы с этими детьми целесообразно использовать словесную инструкцию в расчлененном, (поэтапном) виде и использовать речь (сначала учителя, а затем ребенка) как фактор, организующий учебную деятельность.

Специфическими чертами детей-олигофренов с преобладающим торможением являются вялость, медлительность, заторможенность в моторике, в характере 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. Правильно организованная учебно-

воспитательная и лечебная работа позволяет этим детям достигать значительных успехов во вспомогательной школе.

Среди детей-олигофренов, обучающихся во вспомогательной школе, есть дети, у которых наряду с недоразвитием сложных форм познавательной деятельности отмечается также и 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 отдельные звуки из плавной речи, плохо дифференцируют сложные звуковые комплексы, т. е. имеют стойкое нарушение фонетико-фонематического слуха. Естественно, это ведет к нарушению звукобуквенного анализа, что, в свою очередь, сказывается на овладении грамотой и письменной речью.

Не меньшее значение имеют и те 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 она 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 осваивании простейших счетных операций. Коррекционная работа с этими детьми должна вестись в плане развития у них главным образом пространственных представлений и понятий.

Последнюю группу детей-олигофренов составляют дети, у которых на фоне недоразвития познавательной деятельности отчетливо выступает недоразвитие личности в целом. В этих случаях резко изменена вся система потребностей и мотивов, присутствуют 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 этих детей выявляется грубое своеобразное нарушение моторики: движения их 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 некритичны, 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»). Особенno нарушается регулирующая функция речи, которая играет важную роль в формировании и дифференциации мотивов, эмоционально- волевой сферы личности в целом. Коррекционно-воспитательная работа в отношении детей данной группы должна строиться исходя из качественного своеобразия структуры дефекта. В первую очередь следует использовать те педагогические приемы, которые направлены на формирование произвольных моторных навыков под организующим началом речи.

В некоторых случаях при олигофрении выявляются такие формы, при которых имеет место сочетание общего интеллектуального недоразвития с выраженным 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, а также дети, умственная отсталость которых вызвана неолигофренической этиологией. Остановимся на некоторых из них.

Олигофрения при аномалиях половых хромосом. Клиника олигофрении при хромосомных нарушениях имеет особенности в физической и психической сферах. Сочетание ряда соматических признаков, психопатических синдромов, тип динамики соматических и психических нарушений создают определенную специфику клинической картины.

Олигофрения при синдроме Клайнфельтера. Данный синдром встречается только у мужчин. Кариотип таких больных представлен 47 хромосомами за счет дополнительной X-хромосомы (47XXY).

Для внешнего облика больных с синдромом Клайнфельтера характерны феминные (женские) черты: нежная кожа лица с пушком вместо оволосения, округлый подбородок, высокий рост с евнухOIDными пропорциями телосложения. Имеется недоразвитие половых желез и бесплодие. Наблюдаются дисплазии (искривление и укорочение средней фаланги мизинцев, неправильный рост зубов, деформация ушных раковин, готическое нёбо, неправильные формы черепа), иногда грубые деформации грудной клетки, стоп, уплощенное переносье, микроцефалия.

У большинства больных обнаруживается нерезко выраженная рассеянная неврологическая симптоматика, диффузная мышечная гипотония, симптомы вегетативной дистонии.

Тип психических расстройств характеризуется двумя общими чертами — сниженным интеллектом и личностными особенностями. По данным многолетних наблюдений лаборатории клинического изучения аномальных детей НИИ дефектологии АПН СССР среди олигофрении данного патогенеза преобладают легкие формы (неглубокая дебильность), сопровождающиеся снижением психической активности, слабостью побуждений к деятельности, а также своеобразной структурой личности (психической инфантильностью, неустойчивостью внимания, повышенной внушаемостью, сензитивностью со склонностью к невротическим реакциям).

По катамнестическим данным при неосложненных формах олигофрении с синдромом Клайнфельтера отмечается неплохая динамика интеллектуального развития: увеличивается запас знаний и представлений об окружающем, уровень трудовых умений и навыков, повышается интерес к обучению.

Олигофрения при полисомии половых хромосом. При нарастании количества X-хромосом (XXX — трисомия, XXXX — тетрасомия и XXXXX — пентасомия) нарастает степень поражения интеллекта, достигая глубокой дебильности или имбэцильности. Соматические дисплазии у этих больных выражены грубее. По глубокому поражению интеллекта и наличию множественных соматических аномалий эти больные иногда напоминают детей с болезнью Дауна.

Олигофрения при синдроме Шерешевского — Тернера. Эта аномалия встречается только у женщин и характеризуется отсутствием одной половой хромосомы во всех клетках (ХО) или в части клеток организма (мозаичные варианты). Соматический облик этих больных типичен. При резком отставании в росте они выглядят старше своего возраста. Лицо старообразное, низкая граница роста волос на лбу и шее, деформированные, низко расположенные ушные раковины, широкая короткая шея, часто с крыловидными кожными складками от затылка к плечам, густо покрытыми волосами. Характерна диспластичность телосложения: бочкообразная

грудная клетка с широко расставленными и низко расположенными сосками. Молочные железы отсутствуют. Встречаются готическое нёбо, неправильный прикус и рост зубов, глубоко сидящие, прямоугольной формы ногти, обилие пигментных пятен на коже. Свообразие строения лица и телосложение напоминают характерный вид «сфинкса». Синдром Шерешевского — Тернера накладывает особый отпечаток на структуру интеллектуального дефекта, делая его несколько атипичным. Так, черты психического инфантилизма определяют некоторую непосредственность мимики, интонаций, преобладание игровых интересов и примитивных фантазий даже в старшем школьном возрасте. С инфантильностью могут своеобразно сочетаться целенаправленность в деятельности, усидчивость, трудолюбие и тщательность в работе. В структуре интеллектуального дефекта выделяется недоразвитие пространственного анализа и синтеза. Отмечаются нарушения моторики и динамического праксиса.

Проведенные катамнестические исследования подтверждают необходимость ранней диагностики и активного выявления аномалий половых хромосом, так как страдающие ими дети нуждаются в своевременной медикаментозной терапии, постоянной медико-педагогической коррекции, воспитании ранней трудовой направленности и профессиональной ориентации, соответствующей их интеллектуальным возможностям.

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

По характеру течения гидроцефалию делят на прогрессирующую и компенсированную. В тех случаях, когда после какого-то 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.

По вопросу этиологии гидроцефалии высказываются различные точки зрения. Ряд авторов 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 проникновение 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 любой недостаточности (повышенный фон 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. Чаще у этих детей отмечается хорошо развитая произносительная сторона речи со склонностью к резонерским рассуждениям, с множеством штампов и оборотов из речи взрослых.

При исследовании высших корковых функций нередко отмечаются псевдооптические и псевдоамнестические явления. В процессе обучения у этих детей наблюдаются специфические ошибки в письме в виде пропуска букв, слогов, слов, перестановка букв в слове. Хотя эти дети имеют представление о числе и элементарных числовых отношениях, они плохо

овладевают приемами устного счета, недерживают в памяти простейшие примеры, условия задачи. Им свойственна повышенная возбудимость, импульсивность и в некоторых случаях недостаточная мотивированность поведения. Вся перечисленная симптоматика носит неустойчивый характер, 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, оценивать собственные действия и их конечный результат.

Олигофrenия 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.

Олигофrenия парасифилитической этиологии среди учащихся вспомогательных школ встречается примерно в 1—3% случаев. У этих детей отмечается легкая остаточная неврологическая симптоматика, жалобы на головную боль, плохую переносимость жары, духоты. У большинства до 11—17 лет отмечается ночной энурез. Психическое недоразвитие отмечается с раннего детства. Запаздывает развитие ходьбы и речи. Дети плохо включаются в игры, 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, наблюдается 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, но 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 году обучения. Дети с трудом вступают в контакт с педагогами и сверстниками. Они плохо переносят любые изменения внешней среды и часто дают негативные

реакции на требования педагога и 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 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).

В отличие от олигофрении нарушения деятельности мозга при деменции наступает после определенного периода нормального развития ребенка.

Лечение детей-имбэцилов во вспомогательной школе № 486 Москвы и № 14 г. Орла. С 1987 года в детских домах для глубоко умственно отсталых детей введены должности педагогов-дефектологов, что позволит значительно улучшить учебно-коррекционную работу с этой категорией аномальных детей.

Большое внимание уделяется научным вопросам медико-социальной помощи глубоко умственно отсталым детям, которыми занимаются Центральный институт экспертизы трудоспособности инвалидов (ЦИЭТИН) Министерства социального обеспечения РСФСР, Днепропетровский институт восстановления и экспертизы трудоспособности инвалидов (ДИВЭТИН) Министерства социального обеспечения УССР.

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 месяцев 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 выработке 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 том числе 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 должно быть 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.

Вопросы и задания

1. Что включает в себя понятие «умственная отсталость» в современной отечественной дефектологии?

2. Дайте психолого-педагогическую характеристику умственно отсталых детей дошкольного возраста.

3. Расскажите о системе помощи умственно отсталым дошкольникам в СССР.

4. Назовите основные признаки олигофрении и степени умственной отсталости при этом синдроме.

5. Назовите основные образовательно-воспитательные задачи вспомогательной школы.

6. Что такое «коррекция», «компенсация» и «адаптация» применительно к умственно отсталым учащимся?

7. Каким образом вспомогательная школа решает проблему социальной адаптации учащихся?

8. Назовите виды умственной отсталости неолигофренической этиологии.

9. Расскажите о формах помощи глубоко умственно отсталым детям в нашей стране.

Литература

1. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. — М., 1973. — С. 37—46.

2. Гаврилушкина О. П., Соколова Н. Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. — М., 1985.
3. Дульнев Г. М. Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе/Под ред. Т. А. Власовой и В. Г. Петровой. — М., 1981, — С. 5—17, 143—176.
4. Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дошкольная олигофренопедагогика. — М., 1988. — С. 4—62.
5. Маллер А. Р., Цикото Г. В. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубоким нарушением интеллекта. — М., 1988.
6. Принципы отбора детей во вспомогательные школы/Под ред. Г. М. Дульнева и А. Р. Лурии. — М., 1973. — С. 4—19, 40—96.
7. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. — М., 1979.
8. Учащиеся вспомогательной школы: Клинико-психологическое изучение/ Под ред. М. С. Певзнер, К С. Лебединской. — М., 1979. — С. 6—36.

ГЛАВА IV. ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1. Понятие «задержки психического развития» и ее классификация

Проблема неуспеваемости определенной части учащихся начальной массовой общеобразовательной школы давно привлекла к себе внимание педагогов, психологов, медиков и социологов. Ими была выделена определенная группа детей, которые не могут быть отнесены к умственно отсталым, так как в пределах имеющихся знаний они обнаруживали достаточную способность к обобщению, широкую «зону ближайшего развития». Эти дети были отнесены к особой категории — детей с задержкой психического развития (ЗПР).

М. С. Певзнер и Т. А. Власовой (1968, 1973) было обращено внимание на роль эмоционального развития в формировании личности ребенка с ЗПР, а также на значение нейродинамических расстройств (астенических и церебрастенических состояний). Соответственно была выделена задержка

психического развития, возникающая на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности, и задержка, возникающая на ранних этапах жизни ребенка в результате различных патогенных факторов, приведших к астеническим и церебрастеническим состояниям организма.

Различие патогенетических механизмов обусловливало и различие прогноза. ЗПР в виде неосложненного психического инфантилизма расценивалась как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения. При преобладании же выраженных нейродинамических, в первую очередь стойких церебрастенических расстройств, ЗПР оказывалась более стойкой и нередко нуждающейся не только в психолого-педагогической коррекции, но и в лечебных мероприятиях.

В результате дальнейшей научно-исследовательской работы К. С. Лебединской была предложена этиопатогенетическая систематика задержки психического развития. Основные клинические типы ее дифференцируются по этиопатогенетическому принципу: конституционного происхождения, соматогенного происхождения, психогенного происхождения, церебрально-органического происхождения. Каждый из этих типов может быть осложнен рядом болезненных признаков — соматических, энцефалопатических, неврологических — и имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности, свою этиологию.

Представленные клинические типы наиболее стойких форм задержки психического развития в основном отличаются друг от друга именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии: структурой инфантилизма и характером нейродинамических расстройств. В замедленном темпе формирования познавательной деятельности с инфантилизмом связана недостаточность интеллектуальной мотивации и производительности, а с

нейродинамическими расстройствами — тонус и подвижность психических процессов.

Задержка психического развития конституционного происхождения — так называемый гармонический инфантилизм (неосложненный психический и психофизический инфантилизм, по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой), при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Затруднения в обучении, нередко наблюдаемые у этих детей в младших классах, М. С. Певзнер и Т. А. Власова связывают с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов. Гармонический инфантилизм является как бы ядерной формой психического инфантилизма, в котором черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным типом телосложения. Такая гармоничность психофизического облика, наличие семейных случаев, непатологичность психических особенностей позволяют предположить преимущественно врожденно-конституционную этиологию этого типа инфантилизма. Однако нередко происхождение гармонического инфантилизма может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами, внутриутробными или первых лет жизни.

Задержка психического развития соматогенного происхождения. Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного происхождения: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца. В замедлении темпа психического развития детей значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Нередко

имеет место и задержка эмоционального развития — соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслойений — неуверенностью, боязливостью, связанными с ощущением своей физической неполноценности, а иногда вызванными режимом запретов и ограничений, в котором находится соматически ослабленный или больной ребенок.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Как известно, неблагоприятные условия среды, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь эмоционального развития. В таких случаях речь идет о патологическом (аномальном) развитии личности.

Этот тип задержки психического развития следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологического явления, и дефицита знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации.

ЗПР психогенного происхождения наблюдается прежде всего при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости (Г. Е. Сухарева, 1959), чаще всего обусловленной явлением гипопопки — условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Поэтому черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов.

Вариант аномального развития личности по типу «кумира семьи» обусловлен, наоборот, гиперопекой — изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для этого психогенного инфантилизма, наряду с малой способностью к волевому усилию, характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, родители которых проявляют грубость, жестокость, деспотичность, агрессию к ребенку и другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативе.

Задержка психического развития церебрально-органического происхождения встречается чаще других описанных типов и нередко обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности и занимает основное место в данной аномалии развития. Изучение анамнеза детей с этим типом ЗПР в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера вследствие патологии беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), недоношенности, асфиксии и травмы при родах, постнатальных нейроинфекций, токсико-дистрофирующих заболеваний первых лет жизни.

Анамнестические данные часто указывают и на замедление смены возрастных фаз развития: запаздывание формирования статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

В соматическом состоянии наряду с частыми признаками задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста) нередко наблюдается

общая гипотрофия, что не позволяет исключить патогенетической роли нарушений вегетативной регуляции; могут наблюдаться и различные виды диспластичности телосложения.

В неврологическом состоянии часто встречаются гидроцефальные, а иногда и гипертензионные стигмы (локальные участки с повышенным внутричерепным давлением), явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Церебрально-органическая недостаточность прежде всего накладывает типичный отпечаток на структуру самой ЗПР — как на особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций; характерна слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний. Внушаемость имеет грубый оттенок и нередко сопровождается отсутствием критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, монотонность и однообразие. Само стремление к игре нередко выглядит как способ ухода от затруднений в занятиях. Зачастую в игру превращается деятельность, требующая целенаправленной интеллектуальной деятельности, например приготовление уроков.

В зависимости от преобладания того или иного эмоционального фона можно выделить два основных вида органического инфантилизма: неустойчивый — с психомоторной расторможенностью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью и тормозимый — с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, боязливостью.

Для ЗПР церебрально-органического происхождения характерны нарушения познавательной деятельности, обусловленные недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также недостаточностью отдельных корковых функций.

Психолого-педагогические исследования, проведенные в НИИ дефектологии АПН СССР под руководством В. И. Лубовского, констатируют у этих детей неустойчивость внимания, недостаточность развития фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации, автоматизации движений и действий. Нередко обнаруживается плохая ориентировка в «правом- левом», явления зеркальности в письме, затруднения в различении сходных графем.

2. Общая психолого-педагогическая характеристика младших школьников с задержкой психического развития

В зависимости от происхождения (церебрального, конституционного, соматогенного, психогенного), а также от времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов задержка психического развития дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности. В результате изучения психических процессов и возможностей обучения детей с ЗПР был выявлен ряд специфических особенностей в их познавательной, эмоционально-волевой сфере, поведении и личности в целом. Были выявлены следующие общие для ЗПР различной этиологии черты: низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости; незрелость эмоций и воли; ограниченный запас общих сведений и представлений; обедненный словарный запас; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; неполная сформированность игровой деятельности. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций. Значительно повышается эффективность и качество умственной деятельности при решении наглядно-действенных задач. У этих детей страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Необходим более длительный период для приема и переработки сенсорной информации. Кроме этого, отмечается низкий

уровень самоконтроля, что особенно проявляется в учебной деятельности. К началу школьного обучения у этих детей, как правило, не сформированы основные мыслительные операции — анализ, синтез, сравнение, обобщение. Они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность.

Все вышесказанное отличает детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников. В условиях массовой общеобразовательной школы дети с ЗПР, естественно, попадают в категорию стабильно неуспевающих, что еще более травмирует их психику и вызывает негативное отношение к обучению. Это в ряде случаев приводит к конфликтам между школой и семьей ребенка.

Только компетентная медико-педагогическая комиссия, состоящая из высококвалифицированных специалистов разного профиля, может дифференцировать ЗПР от умственной отсталости. Приведем лишь основные (иногда не очень ярко на первый взгляд выраженные) признаки, отличающие ЗПР от умственной отсталости.

В отличие от умственно отсталых детей у детей с ЗПР выше обучаемость, они лучше используют помочь учителя или старших и способны осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание или выбирать адекватный стереотип поведения в аналогичной ситуации.

При овладении чтением, письмом, счетом они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые дети, но тем не менее у них имеются качественные отличия. Так, при слабой технике чтения дети с ЗПР всегда пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению (без указания учителя). Умственно отсталые дети не могут понять прочитанное, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным.

В письме обращает на себя внимание неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность и т. п., что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия.

Вызывает затруднения фонетический и фонетико-фонематический анализ. У умственно отсталых детей эти недостатки выражены грубее.

При изучении математики имеют место трудности в овладении составом числа, счетом с переходом через десяток, в решении задач с косвенными формулировками условия и т. д. Но помочь со стороны учителя здесь более эффективна, чем при обучении умственно отсталых детей. Учитывая это, необходимо при дифференцированной диагностике ЗПР от умственной отсталости проводить обследование детей в форме обучающего эксперимента.

Поскольку работникам дошкольных учреждений и учителям начальных классов достаточно часто приходится сталкиваться с этой категорией детей, остановимся несколько подробнее на характеристике особенностей овладения детьми с ЗПР основными общеобразовательными дисциплинами и особенностей их изучения в специальных школах (классах) для этой категории детей .

Анализ устной речи детей с ЗПР показал, что она удовлетворяет потребности повседневного общения. В ней нет грубых нарушений произношения, лексики, грамматического строя. Однако речь детей в целом, как правило, смазанная, недостаточно отчетливая, что связано с малой подвижностью артикуляторного аппарата.

Недостатки произношения, а иногда и восприятия у некоторых детей связаны с какой-либо одной парой звуков, при хорошем произнесении и различении всех остальных. Для коррекции дефектов произношения в специальных школах для детей с ЗПР предусмотрены логопедические занятия.

Основные задачи подготовительного периода состоят в том, чтобы привлечь внимание детей к слову, сделать речь в целом предметом их сознания. Особое значение в этот период придается формированию и развитию фонематического восприятия, звукового анализа и синтеза, внятности и выразительности речи.

Поступающим в школу детям с ЗПР присущи специфические особенности психолого-педагогического характера. Они не обнаруживают готовности к школьному обучению, у них нет нужного для усвоения программного материала запаса знаний, умений и навыков. Поэтому они оказываются не в состоянии без специальной помощи овладеть счетом, чтением и письмом. Они испытывают затруднения в произвольной деятельности. Испытываемые ими трудности усугубляются ослабленным состоянием их нервной системы. Учащиеся с ЗПР быстро утомляются, иногда они просто перестают выполнять начатую деятельность.

Все это говорит о том, что ЗПР проявляется как в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, так и в интеллектуальной недостаточности. Последнее проявляется в том, что интеллектуальные способности ребенка не соответствуют его возрасту.

Значительное отставание и своеобразие обнаруживается в мыслительной деятельности. У всех детей с ЗПР наблюдаются недостатки памяти, причем это касается всех видов запоминания: непроизвольного и произвольного, кратковременного и долговременного. Это распространяется на запоминание как наглядного, так и (особенно) словесного материала, что не может не сказаться на успеваемости. Отставание в мыслительной деятельности и особенности памяти наиболее ярко проявляются в процессе решения задач, связанных с такими компонентами мыслительной деятельности, как анализ, синтез, обобщение, абстрагирование. Это обстоятельство в ряде случаев заставляет педагогов начальных классов ставить вопрос об умственной отсталости ребенка.

Однако проведенные в НИИ дефектологии АПН СССР исследования (В. И. Лубовский, 1981) показали, что при самостоятельном анализе и описании объекта, имеющего по меньшей мере 20 признаков, дети с ЗПР в среднем выделяют 6—7, в то время как их нормально развивающиеся сверстники выделяют не менее 12. Но эти же дети (с ЗПР) при оказании необходимой помощи (при объяснении принципа выполнения задания,

выполнении аналогичного задания под руководством учителя) при повторном выполнении выделяют уже 10—11 признаков. Умственно отсталые дети до и после оказания им помощи выделяют 4—5 и 5—6 признаков соответственно. То обстоятельство, что дети

с ЗПР после помощи оказываются в состоянии выполнить предложенное задание на близком к норме уровне, позволяет говорить об их качественном отличии от умственно отсталых детей.

Своеобразна и речь рассматриваемой категории детей. Многим из них присущи дефекты произношения, что, естественно, приводит к затруднениям в процессе овладевания чтением, письмом. Они имеют бедный (особенно активный) словарный запас. Имеющиеся у детей в словаре понятия зачастую неполноценны — сужены, неточны, а иногда и просто ошибочны. Дети с ЗПР плохо овладевают эмпирическими грамматическими обобщениями, поэтому в их речи встречается много неправильных грамматических конструкций. Ряд грамматических категорий ими вообще не используется. Дети с ЗПР испытывают трудности в понимании и употреблении сложных логико-грамматических конструкций и некоторых частей речи.

Речь детей с ЗПР старшего дошкольного и младшего школьного возраста качественно отличается от речи их нормально развивающихся сверстников и умственно отсталых детей. У них позже, чем в норме, возникает период детского «словотворчества», затягивается период использования в речи «неологизмов». У умственно отсталых детей этот период отсутствует вообще.

Значительным своеобразием отличается поведение этих детей. После поступления в школу, в начальном периоде обучения они продолжают вести себя так, как дошкольники. Ведущим видом деятельности продолжает оставаться игра. У детей не наблюдается положительного отношения к школе, к учебе. Учебная мотивация отсутствует или выражена крайне слабо. Ряд исследователей считает, что состояние их эмоционально-волевой сферы

и поведения соответствует как бы предшествующей возрастной стадии развития.

Важно отметить, что в условиях массовой школы ребенок с ЗПР впервые начинает отчетливо осознавать свою несостоятельность, которая выражается прежде всего в его неуспеваемости. Это, с одной стороны, ведет к появлению и развитию чувства неполноценности, а с другой — к попыткам личной компенсации в какой-либо другой сфере, иногда — в различных формах нарушения поведения.

Очевидно, что по особенностям учебной деятельности, характеру поведения, состоянию эмоционально-волевой сферы дети с ЗПР значительно отличаются от своих нормально развивающихся сверстников. Поэтому, как и в случае с умственно отсталыми детьми, для специального обучения и воспитания этой категории детей специфична коррекционная направленность.

Учебно-коррекционная работа с детьми этой категории весьма обширна и разнообразна. Наиболее общие принципы и правила этой работы сводятся к следующему:

необходимо осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку как на уроках общеобразовательного цикла, так и во время специальных занятий;

необходимо предотвращать наступление утомления, используя для этого разнообразные средства (чередование умственной и практической деятельности, преподнесение материала небольшими дозами, использование интересного и красочного дидактического материала и средств наглядности и т. п.);

в процессе обучения следует использовать те методы, с помощью которых можно максимально активизировать познавательную деятельность детей, развивать их речь и формировать необходимые навыки учебной деятельности;

в системе коррекционных мероприятий необходимо предусматривать проведение подготовительных (к усвоению того или иного раздела программы) занятий (пропедевтический период) и обеспечить обогащение детей знаниями об окружающем мире;

на уроках и во внеурочное время необходимо уделять постоянное внимание коррекции всех видов деятельности детей;

во время работы с детьми учитель должен проявлять особый педагогический такт. Очень важно постоянно подмечать и поощрять малейшие успехи детей, своевременно и тактично помогать каждому ребенку, развивать в нем веру в собственные силы и возможности.

3. Некоторые особенности коррекционно-воспитательного процесса в школе для детей с задержкой психического развития

Недоразвитие фонематического слуха, сниженная способность к запоминанию, недостаточная сформированность основных мыслительных процессов являются причинами того, что дети с ЗПР не могут в срок, отведенный программой массовой школы на буквенный период, познакомиться со звуками родного языка и запомнить обозначающие их буквы. Поэтому в специальной школе обучению чтению и письму предшествует специальная коррекционная работа — подготовка к обучению грамоте. Она осуществляется на основе наблюдений школьников за явлениями языка, практических (дограмматических) сравнений, противопоставлений и обобщений этих явлений. Развитие речи входит как составная часть во все разделы обучения. В этот период необходимо максимальное развитие и обогащение чувственного опыта детей в области родного языка, т. е. формирование умений вслушиваться в звучание слова, узнавать, различать и вычленять из него звуки речи. Эта работа проводится в два этапа.

На первом этапе особое значение придается формированию приема вычленения звука из слова. Этому действию дети учатся постоянно. Подчеркнутое произношение звуков необходимо для того, чтобы ребенок

научился слышать их в словах. Это вопрос временной, он благоприятствует развитию фонематического слуха и умения различать в дальнейшем звуки при обычном произнесении слов. Поэтому как только выясняется, что ученик слышит в слове и выделяет изучаемый звук в любой позиции, ему предоставляется возможность осуществлять звуковой анализ без подчеркнутого интонирования фонем.

Однако умение выделять из слова отдельные звуки еще не обеспечивает навыков звукового анализа и синтеза, необходимых для успешного овладения грамотой.

Основной задачей второго этапа подготовки детей к обучению грамоте является выработка умения устанавливать точное место звука в слове, определять последовательность звуков, порядок, в котором они следуют в слове.

Обучение письму детей с ЗПР строится на основе методических рекомендаций по данному разделу программы, предназначенных для массовой общеобразовательной школы.

Особенности речи, мышления, моторики (недостаточная скоординированность движений, слабое развитие мелкой моторики мышц руки), общая повышенная утомляемость, присущие большинству младших школьников с ЗПР, требуют самой тщательной подготовки каждого ребенка к обучению письму. Прежде всего необходимо соблюдать общие гигиенические требования: парта ученика должна соответствовать его росту во избежание нарушений осанки; расстояние от первой парты до доски — не менее 2 м, от последней парты — не более 8 м; свет должен падать с левой стороны сидящих учеников. Высота нижнего края доски — 85 см от пола; доска должна быть матовой.

Для выявления индивидуальных трудностей в овладении письмом, звуковым и звукобуквенным анализом, а также для оказания учащимся своевременной помощи на ряде уроков подготовки к обучению грамоте необходимо присутствие логопеда.

В букварный период продолжается формирование графических навыков письма. Дети учатся писать буквы, их соединения, слова, словосочетания и предложения. Школьники учатся списывать с печатного и рукописного текста, писать под диктовку и по памяти.

Обучение чтению. Дети с ЗПР приходят в школу, как правило, не умея читать. Перед уроками чтения на первоначальном этапе стоит комплекс задач: формирование основ навыков чтения, развитие речи, а также общее развитие и воспитание.

Подготовка к обучению чтению, так же как и письму, начинается в добукварный период и направлена на формирование звукового анализа и синтеза. В этот же период выделяется некоторое время на уроке для ознакомления учащихся с доступными художественными произведениями и для развития речи.

В букварный период дети приступают к работе по учебнику для первого класса общеобразовательной школы и постепенно усваивают весь алфавит. Изучение связных текстов не предусмотрено программой подготовительного класса и переносится на следующий год.

В дополнение к учебнику в течение всего года следует привлекать упражнения из пособий типа «Спутник букваря» Л. К. Назаровой, «Азбука» А. И. Воскресенской и т. п.

На протяжении всего букварного периода, а на первоначальном этапе особенно, в обучении чтению важнейшее значение имеет звукобуквенный анализ и синтез читаемых текстов. Обучение чтению основано на практическом усвоении детьми позиционного принципа русской грамоты.

Обучение на уроках «Ознакомление с окружающим миром и развитие речи». Важнейшей задачей уроков «Ознакомление с окружающим миром и развитие речи», которые составляют неотъемлемую часть курса родного языка, является накопление и систематизация представлений и элементарных понятий о природе и жизни общества в тесной взаимосвязи с овладением приемами анализирующего наблюдения, действиями сравнения, анализа и

общения. Такая направленность обучения исходит из принятого в отечественной психологии и дефектологии положения о том, что преодоление недостатков познавательной деятельности требует специальной систематической работы над формированием мыслительных операций.

Обучение математике. Для овладения математикой как учебным предметом ребенок к моменту поступления в школу должен иметь практические сведения о количестве и размере предметов, уметь оперировать небольшими совокупностями. В играх, в повседневной деятельности дети учатся сравнивать предметы по некоторым параметрам.

Как показали специальные психолого-педагогические исследования, дети с ЗПР к началу школьного обучения не приобрели многих элементарных практических математических знаний, умений и навыков, которыми владеют их нормально развивающиеся сверстники. Отсюда вытекает необходимость специальной коррекционно-подготовительной работы, направленной на восполнение пробелов в начальных математических знаниях и практическом опыте детей, на создание у них готовности к усвоению математики в соответствии с программой общеобразовательной школы. В связи с этим в программе обучения детей с ЗПР предусмотрен подготовительный период, основными задачами которого являются: выявление имеющихся у детей математических знаний, формирование навыков учебной деятельности, подготовка к изучению программного курса математики.

Детям с ЗПР необходимы многочисленные тренировочные упражнения. Поддерживать интерес к занятиям, а также предупреждать утомляемость учащихся следует путем чередования различных видов деятельности.

Трудовое обучение. Основные задачи обучения труду в школе для детей с ЗПР те же, что и в общеобразовательной школе.

Специфические коррекционные задачи трудового обучения вытекают из особенностей развития детей этой категории и определяют его

направленность на коррекцию недостатков их мыслительной и речевой деятельности, на повышение познавательной активности, на формирование учебной деятельности. В процессе обучения труду компенсируется недоразвитие эмоционально-волевой сферы школьников, формируются наблюдательность, настойчивость, самостоятельность.

Коррекционная направленность трудового обучения предполагает максимальное расширение на уроках труда межпредметных связей, и в первую очередь с такими учебными предметами, как математика, ознакомление с окружающим миром и развитие речи, т. е. дети с ЗПР особенно нуждаются в изучении одного и того же учебного материала в различных ситуациях, в неоднократном повторении и закреплении полученных знаний, умений и навыков.

Общей особенностью детей с ЗПР при выполнении любого вида трудовой деятельности является то, что они недостаточно внимательно выслушивают инструкцию, хотят скорее начать действовать. У них не выработана привычка к трудовому усилию, к организованности, к доведению начатой работы до конца.

У этих детей имеется отставание и в развитии отдельных положительных качеств личности и норм нравственного поведения, формирование которых составляет необходимую часть трудового обучения и воспитания.

Сделанный акцент на негативной стороне характеристики детей с ЗПР преследует определенную цель — показать важность и необходимость осуществления на уроках труда целого комплекса коррекционных задач. Суммирование недостатков детей не должно засорять их положительных качеств, которые позволяют им овладевать учебной программой в объеме массовой общеобразовательной школы. Дети этой категории могут продуктивно работать, хорошо использовать помощь, осуществлять перенос усвоенного навыка или способа действия в новые условия. Это обстоятельство несомненно может быть использовано как один из факторов

дифференциальной диагностики при решении вопроса ограничения ЗПР от умственной отсталости.

Обучение физической культуре. Физическое воспитание детей с ЗПР является неотъемлемой частью гармонического развития личности и неразрывно связано с их умственным, нравственным, трудовым и эстетическим воспитанием.

В ходе обучения физической культуре решаются оздоровительные, образовательные и коррекционные задачи. В подготовительном классе оно направлено на укрепление здоровья и физического развития детей, на формирование и совершенствование ряда двигательных умений и навыков, координации движений, развития мелкой моторики кисти руки и т. п. Эти задачи также предусматривают сообщение учащимся элементарных сведений по вопросам укрепления здоровья и физического развития (о правильной осанке, дыхании, двигательном режиме), привитие гигиенических навыков.

Чтобы полностью реализовать требования учебной программы и добиться необходимого эффекта в процессе обучения, учитель физкультуры должен иметь представление об особенностях психофизического развития и своеобразии двигательной сферы этих детей.

На первых порах преподавателю необходимо удерживаться от желания учить детей сразу всему. Следует четко и точно распланировать материал и сосредоточить внимание на решении небольшого количества задач, которые сводятся к следующему:

- выявление уровня физической подготовленности учащихся данного класса, умения выполнять элементарные движения и простейшие команды;
- выявление индивидуальных особенностей двигательной сферы и элементарных знаний по вопросам физического воспитания;
- обучение переодеванию в спортивную форму и аккуратному складыванию школьной формы;
- обучение построению в одну шеренгу и в колонну по одному.

Контрольные упражнения в конце года показывают, что систематическая работа на уроках физкультуры, направленная на поэтапное, осуществляющее в посильном темпе формирование предусмотренных программой движений, с подробным их объяснением и предварительным показом, с постоянным повторением и закреплением, приводит к тому, что учащиеся достаточно точно овладевают многими физическими упражнениями. Развиваемая на уроках физкультуры моторная сфера детей, их двигательная активность, пространственная ориентировка благоприятно сказываются впоследствии на учебной деятельности в процессе всех уроков учебного цикла.

Уроки ритмики. Одной из форм специальной коррекционной работы с учащимися с ЗПР являются уроки ритмики. Содержанием уроков является музыкально-ритмическая деятельность учащихся, которая позволяет воздействовать на эмоционально-волевую сферу детей, совершенствовать двигательные навыки, способствует развитию мышления, произвольного внимания, памяти, формированию положительных качеств личности.

Гимнастические и танцевальные упражнения, доступные для детей с ЗПР, ритмические упражнения со звучащими инструментами, свободные движения, игры и пляски выполняются с музыкальным сопровождением, что развивает у школьников чувство ритма, музыкальный слух и память, способствует пониманию средств музыкальной выразительности и их слуховой дифференцировке.

Наряду с совершенствованием двигательных навыков происходит развитие общего мышечного тонуса, пространственной ориентировки, улучшается осанка, повышается весь жизненный тонус ребенка, что впоследствии положительно сказывается на всей учебной деятельности.

Таким образом, содержание обучения основано на учебном материале массовой школы, однако разработанные для начальных классов специальные программы отличаются существенным своеобразием. Обучение по этим программам обеспечивает коррекцию недостатков развития детей, оно

направлено на развитие умственной деятельности учащихся, на расширение запаса знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов, на формирование интеллектуальной активности.

В программе подготовительного класса по русскому языку и математике введен значительно более продолжительный, чем в массовой школе, подготовительный период, целью которого является ликвидация пробелов в знаниях и практическом опыте, образовавшихся у детей в дошкольные годы, а также первоначальная подготовка к усвоению основ образования. С этой же целью для детей, поступающих из массовой школы, введен продолжительный период повторения. Основное внимание в эти периоды уделяется развитию фонематических представлений, звуковому анализу и синтезу, формированию первоначальных знаний о количестве и количественных отношениях.

Изучение наиболее трудных разделов программ по русскому языку, математике, природоведению в течение всего начального обучения предваряется особыми пропедевтическими разделами, задачей которых является накопление детьми практического опыта, наблюдений и сведений как базы для последующего усвоения нового материала.

Особое коррекционное значение имеет программа «Ознакомление с окружающим миром и развитие речи», которая помимо содержания общеобразовательной школы включает специфический раздел «Свойства предметов, ориентирование в пространстве», необходимый для формирования обобщенных представлений о цвете, форме, величине предметов, о свойствах материалов, о расположении предметов в пространстве. Коррекционные задачи решаются путем обучения анализу, сравнению, обобщению, различению явлений и понятий.

Существенное значение для коррекционного учебно-воспитательного процесса имеют тщательно продуманные примеры и методы обучения с учетом индивидуального подхода к учащимся. Для детей с ЗПР принципиально важным является оптимальное сочетание практических и

теоретических разделов обучения, чередование умственного напряжения и разрядки, организация систематических наблюдений, формирование приемов мыслительной деятельности. Чрезвычайно значимым является усиление словесной регуляции деятельности детей и нормализация их учебной деятельности в целом. При обучении предусматривается значительная расчлененность и строгая поэтапность преподнесения учебного материала, увеличение объема тренировочных упражнений, создание системы повторения пройденного материала, формирование учебных интересов.

В воспитательной работе большое значение имеет преодоление негативного отношения детей к учению, создание доверительных отношений со взрослыми, формирование ученического коллектива на основе привлечения каждого ученика к активной общественно полезной деятельности и посильному производительному труду.

Успешности учебно-воспитательного процесса способствует единство педагогического и медицинского воздействия на учащихся. Разработана система лечебно-профилактической работы, включающей как медикаментозную терапию и физиотерапию, так и врачебный надзор за режимом и санитарно-гигиеническими мероприятиями.

Многолетнее экспериментальное обучение, осуществляющееся в специальных школах в ряде регионов страны под руководством НИИ дефектологии, результаты работы открываемых в последние годы специальных школ и классов показывают эффективность разработанной системы.

Наблюдения за учениками некоторых школ (например, спецшкол-интернатов Москвы № 23, Горького № 10, Ленинграда № 3), переведенными в массовые школы после окончания начальных классов, показали, что все они справляются с учебной программой, адаптируются в новых школьных коллективах. Учителя массовых школ положительно характеризуют большинство возвратившихся к ним учеников. Несколько специальных школ

— в Горьком, Москве, Кишиневе, Риге — уже имеют выпускников, у которых отмечается достаточно высокий уровень социальной адаптации.

Актуальность и социальная значимость педагогических мероприятий, связанных с решением проблемы задержки психического развития у детей, несомненны. Своевременное обеспечение адекватных условий обучения и воспитания для детей этой категории направлено на преодоление затруднений в учении у значительной части неуспевающих учащихся общеобразовательных школ, на охрану здоровья подрастающего поколения, на профилактику правонарушений несовершеннолетних, что способствует пополнению квалифицированными кадрами современного производства.

Отсутствие до последнего времени современной диагностической службы, методов и методик выявления ЗПР в дошкольном возрасте приводило к тому, что эти дети, как правило, попадали в массовую общеобразовательную школу, где они, естественно, с первых дней обучения оказывались в категории неуспевающих, а из-за накапливающихся пробелов в знаниях они все в меньшей степени усваивали новый материал. Условный перевод в следующий класс только увеличивает этот дефицит и приводит к тому, что к неуспеваемости в учебной деятельности прибавляется педагогическая запущенность. Это, в свою очередь, усугубляет негативное отношение ребенка к обучению и в ряде случаев заставляет его искать пути компенсации и самоутверждения в различных антиобщественных поступках.

Неправильное направление ребенка с ЗПР во вспомогательную школу приводит к тому, что в конечном счете он не получает полноценного образования и социальный статус его в будущем значительно ограничен сравнительно узким кругом рабочих профессий.

С 1981 года в нашей стране выделен особый тип учебно-воспитательных учреждений для детей с ЗПР — специальные школы и специальные классы выравнивания для детей с ЗПР при массовых общеобразовательных школах.

Структура этой школы имеет свою специфику. Она заключается в следующем. Если ребенок поступает сразу в школу для детей с ЗПР, минуя общеобразовательную школу (по направлению отборочной медико-педагогической комиссии), то он поступает в нулевой (подготовительный) класс и проходит программу начальной школы за 4 года (0—3 классы).

Учащиеся, поступившие в школу для детей с ЗПР из массовой школы после года обучения, обучаются по другому структурному варианту (2, 3 и 3 дополнительный класс), проходя программу начальной массовой школы также за 4 года (с учетом обучения в 1 классе массовой школы).

Обучение в 4—8 классах осуществляется по программе общеобразовательной массовой школы.

По окончании начальной школы педагогический совет школы при участии медицинских работников рассматривает вопрос либо о переводе учащихся, успешно закончивших начальное обучение, в массовую общеобразовательную школу, либо — в случае глубоких, стойких форм ЗПР — о продолжении обучения в данной специальной школе.

В целях коррекции недостатков психического развития учащихся начальных классов, ликвидации пробелов предыдущего обучения, а также для развития сенсомоторной сферы, пространственной ориентировки, запаса знаний и представлений об окружающем мире проводятся коррекционные групповые и индивидуальные занятия. Эти занятия проводятся учителями как непосредственно после уроков, так и во второй половине дня согласно расписанию.

В учебно-воспитательной работе школы для детей с ЗПР осуществляется принцип дифференцированного подхода на основе данных психолого-педагогического и клинического изучения ребенка, используются разнообразные формы и методы обучения, которые обеспечивают сознательное и прочное усвоение знаний, способствуют общему развитию детей, активизации и коррекции их познавательной деятельности.

Продолжительность урока в подготовительном классе — 35 мин, после второго урока в этом классе организуется перерыв в течение 40 мин, который обычно проводится на воздухе в виде игры или прогулки.

Продолжительность урока в 1—8 классах — 45 мин. В течение урока во всех классах отводится время для физкультурной паузы.

Для учащихся начальных классов обязательен дневной сон. Для отдельных учащихся старших классов сон организуется по рекомендации врача.

В соответствии с учебным планом проводятся факультативные занятия с учетом подготовленности и интересов учащихся.

Школы для детей с ЗПР при открытии комплектуются только в составе начальных классов при количестве учащихся не менее 80 человек. Впоследствии наполняемость школы не должна превышать 360—400 человек. Предельная наполняемость классов, воспитательных групп и групп продленного дня не должна превышать 20 человек. В школе осуществляется комплексная лечебно-восстановительная, санитарно-гигиеническая и профилактическая работа.

Выпускники школы сдают экзамены на общих основаниях и получают свидетельство об окончании восьмилетней школы.

Вопросы и задания

1. Раскройте состояние проблемы ЗПР в современной дефектологии.
2. Приведите клиническую систематику ЗПР.
3. Назовите характерные психологические особенности младших школьников с ЗПР.
4. Что позволяет говорить о качественном отличии детей с ЗПР от умственно отсталых и нормально развивающихся сверстников?
5. Назовите основные принципы коррекционно-воспитательной работы с детьми с ЗПР.

6. На примере анализа обучения детей с ЗПР какому-либо общеобразовательному предмету (письму, чтению, математике и т. п.) покажите особенности обучения в школе для детей с ЗПР.

7. Какова структура школы для детей с ЗПР?

Литература

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей/Под ред. К- С. Лебединской. — М., 1982.

2. Дети с задержкой психического развития/Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1984.

3. Обучение детей с задержкой психического развития: Пособие для учителей/Под ред. Т. А. Власовой и др. — М., 1981.

ГЛАВА V. ДЕТИ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

1. Дети с нарушением слуха

Среди аномальных детей значительную категорию составляют дети с различными выраженными отклонениями слуха.

Слух — отражение действительности в форме звуковых явлений, способность человека (живого организма) воспринимать и различать звуки. Эта способность реализуется посредством органа слуха, или звукового анализатора, — сложного нервного механизма, воспринимающего и дифференцирующего звуковые раздражения. Слуховой анализатор включает периферический, или рецепторный, отдел (наружное, среднее и внутреннее ухо), средний, или проводниковый, отдел (слуховой нерв) и центральный, корковый, отдел, расположенный в височных долях больших полушарий. Ухо является усилителем и преобразователем звуковых колебаний.

Звуки характеризуются тремя свойствами: силой, высотой и тембром.

Силу, или интенсивность, звука измеряют в децибелах (дБ). Сила звука является его физическим свойством. Громкость звука — это интенсивность слухового ощущения; она нарастает с увеличением силы звука и убывает с ее уменьшением.

Взывающая едва заметное ощущение слышимого звука, называется нижним порогом слухового ощущения; максимальная величина, сверх которой наступает болевое ощущение,— верхним порогом.

Окружающий нас мир полон звуков, отличающихся огромным разнообразием. Мы живем в мире сложных природных, речевых, музыкальных звуков. Слух имеет огромное значение для развития человека. Познание окружающей действительности, явлений природы и общественной жизни крайне затруднено у ребенка, лишенного слуха.

Овладение речью — одной из центральных, важнейших психических функций — в определяющей степени зависит от слуха.

Ребенок, имеющий серьезные дефекты слуха, не сможет самостоятельно научиться говорить, так как нечетко воспринимает звуковую речь, не слышит звуковых образцов. Слух имеет исключительное значение для формирования произносительной стороны речи. Ребенок с недостатками слуха не может контролировать собственное произношение. Соответственно от этого в значительной степени страдает его устная речь. Все эти факторы отрицательно влияют на процесс овладения всей сложной системой языка, а, следовательно, ограничивают возможности обучения и познания окружающего мира. Речь лежит в основе развития других познавательных процессов, поэтому ее отсутствие или недоразвитие нарушает мыслительную деятельность.

Речь регулирует поведение и все виды деятельности ребенка. Поэтому воспитание детей с неполноценной речью вызывает определенные затруднения. Глубокие нарушения слуха и речи способствуют известной социальной изоляции аномальных детей, так как их участие в различных видах совместной деятельности с нормально слышащими детьми ограничено.

Таким образом, глубокое и стойкое нарушение слуха оказывает отрицательное влияние на психическое, физическое и личностное развитие ребенка.

Глубоким и стойким считается такое поражение слуховой функции, при котором процесс развития протекает на дефектной основе и не обнаруживает признаков улучшения пораженной функции, а лечебные средства оказываются неэффективными.

Такие нарушения могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные нарушения слуха встречаются значительно реже (примерно у 25% детей с недостатками слуха), чем приобретенные. Неправильное внутриутробное развитие слухового органа может быть обусловлено влиянием наследственности. Так, могут быть унаследованы полная или частичная аплазия (недоразвитие) внутреннего уха, нарушения развития среднего и наружного уха в виде отсутствия барабанной полости и заражения наружного слухового прохода (атрезии). Наследственностью можно объяснить врожденную неполноценность слухового органа, которая определяет предрасположенность к тяжелым нарушениям слуха, вызванным сравнительно слабыми вредными воздействиями.

В большинстве случаев слуховое нарушение не передается непосредственно потомству, но вместе с тем вероятность рождения аномального ребенка у родителей с дефектом слуха значительно большая, чем у слышащих.

Врожденное нарушение слуха возникает как следствие воздействия на развивающийся плод различных вредных факторов со стороны организма матери. К ним относятся вирусные инфекции (корь, грипп), особенно в случае их возникновения у матери в первые три месяца беременности, внутриутробные интоксикации химическими, лекарственными веществами, алкоголем. Слуховой анализатор может быть поражен вследствие травмы плода. Тяжесть поражения оказывается особо выраженной на ранних этапах его развития, так как зародыш слухового анализатора в этот период наиболее чувствителен.

Приобретенные нарушения слуха встречаются чаще, чем врожденные. Среди причин, вызывающих приобретенные недостатки слуха, основное

место занимают инфекционные заболевания — менингит, корь, скарлатина, паротит (свинка), пневмония. Эти преимущественно детские болезни в последние годы встречаются все реже в связи с совершенствованием профилактических мер, применением новых эффективных средств и методов лечения. Распространенный в прошлом летальный исход заболевания менингитом благодаря достижениям медицины стал в настоящее время относительной редкостью. В подавляющем большинстве случаев такие больные выживают, но страдают от тяжелых последствий слухового поражения.

В последние годы в раннем возрасте осложнения гриппа, протекающие в виде гриппозных инфекций, достаточно часто вызывают необратимые нарушения слуха. Пневмония особенно опасна своими последствиями для слуха в грудном возрасте.

Воспалительные процессы остаются причиной широкого распространения недостатков слуха. От места поражения звуковоспринимающего аппарата зависит степень недуга. Воспаление в области среднего уха (отит) вызывает менее тяжкие последствия для слуха, чем поражение внутреннего уха или слухового нерва. Поражения центрального отдела слухового анализатора, т. е. слуховой области коры головного мозга, и проводящих путей могут возникнуть при кровоизлияниях, опухолях, энцефалитах.

Недостатки слуха в раннем возрасте могут явиться последствиями заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоидные разращения и др.), которые могут вызвать непроходимость органов среднего уха, евстахиевой трубы.

Иногда поражение органов слуха происходит по причине заболеваний, объединенных в группу, получившую название невритов слухового нерва. Эти заболевания слухового нерва и нервных клеток, отличающихся особой чувствительностью к интоксикации и бактериальным токсинам, приводят к полному или частичному выпадению слуховой функции.

Среди этиологических факторов, вызывающих стойкие нарушения слуховой функции, определенное значение имеют некоторые химические вещества, токсически действующие на слуховой анализатор. К ним относятся различные лекарственные препараты (хинин, стрептомицин) и промышленные яды (мышьяк, ртуть, свинец).

Слуховые нарушения иногда развиваются вследствие длительного воздействия очень сильного шума и вибраций, при которых появляется ощущение давления или боли в ухе.

Поражение слуха возникает при различных травмах головы (родовых и последующих). В первом случае повреждение слухового органа возможно вследствие сдавления и деформации головки плода во время осложненных родов. Ушибы головы часто приводят к нарушениям слуха в грудном и предшкольном возрасте. Нарушение функций вестибулярного аппарата у некоторых детей с дефектом слуха встречается при приобретенной аномалии слуховой функции.

Различные поражения слухового анализатора вызывают неоднозначную степень выраженности дефекта слуховой функции. Характер последствий зависит и от времени возникновения патологического процесса, приведшего к нарушению слуха, и от того, в какой степени и в какой период развития был нарушен слух. В зависимости от этих двух основных факторов всех детей с недостатками слуха делят на три категории: глухие, позднооглохшие, слабослышащие (тогоухие). Не только дефект слуха, но и вторично возникшая недостаточность речи затрудняют обучение этих детей и определяют его особенности. В развитии ребенка слух и речь тесно связаны между собой.

Глухие дети — это дети с, тотальным (полным) выпадением слуха, который не может быть самостоятельно использован ими для накопления речевого запаса. Глухота бывает абсолютной лишь в исключительных случаях. Обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать отдельные очень громкие, резкие и низкие звуки (гудки, свистки, звонки,

громкий голос над ухом и т. д.), однако разборчивое восприятие речи невозможно.

Среди глухих детей различают: а) глухих без речи (ранооглохших); б) глухих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших).

К ранооглохшим относятся дети с двусторонним стойким и глубоким нарушением слуха, врожденным или приобретенным в раннем детстве, до сформирования речи.

Позднооглохшие дети — дети с потерей слуха, но относительно сохранной речью ввиду сравнительно позднего возникновения глухоты (в дошкольном или школьном возрасте). Данная категория детей характеризуется не столько временем наступления глухоты, сколько фактом наличия речи при отсутствии слуха. У некоторых из этих детей имеются, также как и в предыдущей группе, определенные остатки слуха, которые используются в коррекционной работе.

Слабослышащие (тugoухие) — дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. К слабослышащим относятся дети с понижением слуха от 20 до 75 дБ.

Среди слабослышащих детей различают: а) детей, обладающих к моменту поступления в школу крайне ограниченной или глубоко недоразвитой речью (отдельными искаженными словами или фразами); б) детей, владеющих развернутой речью с небольшими недостатками в ее грамматическом построении и ошибками в произношении и письме.

Рассмотрим некоторые особенности и своеобразие развития аномальных детей каждой из этих категорий.

Глухие дети. По времени возникновения различают раннюю и позднюю глухоту. Поражение слуха, возникшее у ребенка в доречевом периоде или в самом начале формирования речи, дает основание говорить о

ранней глухоте. Поздней считается глухота, поразившая ребенка, уже овладевшего речью.

Ранняя глухота резко ограничивает возможность овладеть словесной речью и приводит к глухонемоте, так как ребенок не может разборчиво воспринимать ее, подражать окружающим.

Термин «глухонемота», редко употребляемый в настоящее время, отражает наличие причинной зависимости между поражением слуха (глухотой) и отсутствием речи (немотой). Немота есть следствие глухоты. При этом у глухонемых, как правило, не наблюдается каких-либо органических (первичных) поражений речевого аппарата (в периферическом или центральных отделах). Отсутствие речи является вторичным отклонением в развитии и влечет за собой целый ряд различных отклонений психического развития (нарушения зрительного восприятия, наглядного мышления и других познавательных процессов). Замедляется темп психического развития глухонемого ребенка. Из-за невозможности воспринимать словесную речь такой ребенок обедненно осознает внешний мир, реакции его на внешние раздражители упрощены и сужены. Следовательно, частичный периферийный дефект вызывает своеобразное аномальное развитие, характеризующееся не только отсутствием речи, но и интеллектуальным недоразвитием, заметными затруднениями в обучении. Таких детей нередко принимают за умственно отсталых или страдающих тяжелыми расстройствами речи. Однако обучение в специально организованных условиях, стимулирующих компенсаторные процессы глухонемых, постепенно сглаживает и выправляет дефекты психического развития, преодолевает «немоту». Глухонемой ребенок, оставаясь глухим, постепенно перестает быть немым и становится глухим говорящим. Поэтому термин «глухонемой» фактически перестает отражать действительное состояние ребенка и его широкое применение и толкование становится неправомерным.

Компенсаторные возможности глухих детей помогают им в преодолении своего основного дефекта — нарушения функций слухового анализатора. Сохранные анализаторы используются глухими детьми для познания окружающей действительности, ориентировки в быту. Наглядно-зрительные формы познания преобладают у глухих детей над словесно-логическими. Чтение, письменные работы, а не устная речь в основном формируют словесно-речевую систему глухого ребенка. Он оперирует наглядными образами, представлениями о внешнем мире. Потребность в общении с окружающими не может быть реализована с помощью речи. Глухой ребенок ищет другие способы и средства общения с помощью предметов, действий, рисунков, обращается к вынужденной форме общения — мимико-жестикуляторной речи (жестовой речи), основанной на системе жестов, каждый из которых имеет свое значение.

Комплекс образов, представлений в сочетании с жестовыми средствами составляет основу развития мышления глухих, не овладевших словесной речью.

Однако своеобразие и примитивизм такой речи очевидны. Число жестов несравненно меньше числа имеющихся в языке слов. Нет жестов, обозначающих многие понятия, близкие понятия не дифференцируются. Бедно представлены морфологические и синтаксические особенности языка. В какой-то степени дополняет и уточняет жесты мимика. Следовательно, мимико-жестикуляторная речь никогда равноценна не заменит словесной речи в качестве основы мышления, которое в этом случае останется наглядно-образным. Жестовая речь может применяться в обучении узкого круга людей, владеющих системой ее знаков. Столь важное для глухих общение со слышащими в таких условиях исключается.

Полноценная компенсация немыслима без организации специального обучения глухих детей, в котором ведущую роль играло бы формирование у них словесной речи и речевого мышления. Это центральная и наиболее трудная задача всего учебно-воспитательного процесса.

Развитие устной речи у глухих детей Н. Д. Ярмаченко считает «жизненной необходимостью, единственным средством приобщиться к чудесной кладовой человеческих знаний и опыта, усвоив огромное количество знаний, выработанных человечеством в процессе своего развития. С особой силой это сказывается на развитии их мышления, открывая неограниченные возможности совершенствования и тем самым разрывая кольцо социальной изоляции глухих. Таким образом, овладение звуковой словесной речью как средством общения и мышления является одновременно и самым могущественным фактором компенсации нарушений слуховой функции»¹.

Расширяя познавательные возможности глухого ребенка, словесная речь способствует переходу его от наглядно-образного к

¹Ярмаченко Н. Д. Проблема компенсации глухоты. — Киев, 1976.— С. 15.

словесно-логическому мышлению, во многом формирует личность ребенка, расширяет его социальные возможности.

Устная речь воспринимается слышащими на слух. Глухие используют для этой цели зрение, так называемое чтение с губ, т. е. зрительное восприятие устной речи по видимым движениям речевых органов.

Несмотря на значительные трудности подобного способа восприятия речи, неполно выражавшего звуковую сторону речи с помощью видимых движений артикуляционного аппарата, навыки зрительного восприятия в известной мере компенсируют дефекты слуха. Навыки чтения с губ формируются в связи с обучением речи.

Воспроизведение устной речи, произносительной ее стороны опирается на сохранные зрительный, кожный и двигательный анализаторы. Использование остатков слуха играет также немаловажную роль и в сочетании с другими анализаторами способствует усвоению произношения и формированию навыка чтения с губ.

Всевозможные специальные и технические средства, пособия, предназначенные для использования сохранных анализаторов, содействуют развитию устной словесной речи. Например, виброскоп (прибор для контроля вибраций, возникающих в различных частях речевого аппарата в момент его работы) используется для устранения некоторых дефектов произношения, а вибратор, преобразующий звучащую речь в механические колебания, помогает чтению с губ, работе над произношением глухих детей, особенно над голосом и ритмом речи.

Из-за отсутствия слухового контроля за собственным произношением звучащая речь глухого ребенка отличается нечеткостью, невнятностью, смазанностью. Для глухих детей типичны различные нарушения голоса: слабая звучность, неадекватная высота голоса, фальцет, гнусавость, резкость, неестественность тембра. Постановке голоса, исправлению недостатков речевого дыхания, артикуляционной и дыхательной гимнастике уделяется особое внимание в работе по развитию устной речи глухих детей.

Важным условием словесного обучения является желание и потребность глухого ребенка отказаться от более доступной для него жестовой речи и перейти к высшей форме человеческого общения — устной речи.

В этом видел ключ к воспитанию и обучению глухих Л. С. Выготский: «Если устная речь становится потребностью и вытесняет у детей мимику, то, значит, обучение направлено по линии естественной сверхкомпенсации глухоты; оно направлено по линии детских интересов, а не против них».

В процессе обучения глухих формируются и другие виды речи — письменная и дактильная (ручная азбука, где дактильные знаки заменяют буквы). Эти компенсаторные виды речи воспринимаются зрительно и являются наиболее доступными глухим детям (особенно дактильная речь). Дактильная речь, играющая роль основного средства общения на начальном этапе обучения, в дальнейшем переходит в разряд вспомогательных средств.

Устное слово становится ведущим в процессе коррекции последствий дефекта.

Практика обучения глухих детей показывает, как, овладевая словесной речью и получая на ее основе общеобразовательные и профессиональные знания, они приобретают возможности дальнейшего развития.

Позднооглохшие дети, потеряв слух, но сохранив речь, имеют определенные преимущества в психическом развитии по сравнению с врожденно глухими или ранооглохшими. На степень сохранности речи этих детей влияет ряд факторов: время наступления глухоты, условия роста и развития ребенка, уровень остаточного слуха, качество работы по развитию речи ребенка.

Без специального воспитания дети, потерявшие слух в возрасте 4—5 лет, к поступлению в школу оказываются почти без речи, сохранив лишь небольшой, искаженно произносимый запас слов. Глухота, возникшая на более позднем этапе развития, не нарушает словарный запас, особенно при уже сформировавшихся навыках письма и чтения.

Задача специально организованного обучения и воспитания — сохранить и развить устную речь, познавать действительность на уровне словесно-логического мышления.

Обучение позднооглошего ребенка, с одной стороны, затруднено ограниченной возможностью воспринимать обращенную к нему разговорную речь. Этот недостаток компенсируется с помощью развития коррекционного навыка зрительного восприятия речи — чтения с губ. Однако успешное различение слов и фраз, считываемых с губ, возможность уловить общее содержание беседы зависят от уровня речевого развития ребенка, речевого опыта.

Другой стороной, вызывающей характерные затруднения речевой деятельности позднооглощих детей, является произношение. Оно отличается типичными особенностями: нарушением модуляции голоса, неточной артикуляцией звуков, слабой звучностью, невнятностью, ошибками

в словесном ударении и окончании слов. Поэтому коррекционная работа с детьми включает специальные упражнения на выработку полноценного произношения.

Особое значение для развития речи позднооглохших имеет последовательное наращивание словарного запаса, обучение грамоте и грамматике.

Позднооглохшие дети обучаются отдельно от глухих детей в специальных школах; где важное место уделяется развитию зрительного восприятия речи и сохранению имеющегося речевого запаса.

Слабослышащие (туюухие) дети в настоящее время составляют значительную часть детей с нарушениями слуха. В отличие от глухих детей они обладают остаточным слухом, который могут достаточно эффективно использовать в процессе обучения, для общения с окружающими и познания действительности. На основе слухового восприятия речи они овладевают ограниченным речевым запасом, который вводят в практику общения.

Однако устная речь у слабослышащих детей при выраженной туюухости может успешно развиваться только в условиях специального обучения.

По глубине нарушения слуха при туюухости можно примерно выделить четыре степени — легкую, умеренную, значительную, тяжелую. К легкой степени туюухости относят восприятие шепотной речи на расстоянии 3—6 м, а разговорной — 6—8 м. При умеренной степени туюухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 1—3 м, а разговорная — 4—6 м. При значительной степени туюухости шепот слышен на расстоянии не далее 1 м от ушной раковины, а разговор средней громкости — 2—4 м. При тяжелой степени туюухости различение шепотной речи возможно на расстоянии не далее 0,5 м, а разговорной — не более 2 м. При туюухости у детей особенно важно учитывать не только степень снижения слуха, но и время, когда наступило это снижение.

Способность к усвоению речи ограничена во времени. Уже на первом году жизни разворачиваются процессы опережающего обеспечения речевой функции, которые при отсутствии соответствующего подкрепления постепенно угасают. Так, при врожденной, своевременно не распознанной тугоухости к концу первого года жизни ребенка снижается интенсивность предречевых действий (гуление, лепет). Такой ребенок почти не усваивает речевые навыки и переходит на язык жестов. Несформированность речевой функции к 4—5 годам создает крайне тяжелые условия для дальнейшего речевого развития. Ранняя тугоухость, наступившая в до-речевой период жизни ребенка, вызывает значительное речевое недоразвитие, требующее специального обучения. Возникновение тугоухости после сформирования речи не ограничивает дальнейшего достаточно интенсивного ее развития, несмотря на недостатки, которые вызваны снижением слуховой функции и проявляются в характерных особенностях речи слабослышащих.

Относительная бедность словарного запаса сочетается с неправильным усвоением и употреблением понятий. Дети легко смешивают предметы и действия, близкие по звучанию слова (бутылка — булка, гребенка — ребенок и т. п.). В большинстве случаев слова воспринимаются на слух неполностью. Это сказывается и на произношении. Общими характерными признаками произношения тугоухих детей являются смазанность артикуляции и невыразительность интонации.

Нарушения произношения слов зависят от степени понижения слуха. Глубокое снижение слуха ведет к грубому искажению слов, часто от них остаются лишь контуры («муванти» — вместо умывается). Произнося слова, слабослышащие смешивают звуки: звонкие с глухими, шипящие со свистящими, твердые с мягкими, пропускают звуки в словах (собака — «сапака», шапка — «сапка», дядя — «дада», стакан — «такан»). Особенностью речевого развития слабослышащих является то, что они, успешно овладевая произношением изолированного звука, не могут правильно произносить его в словах, или употребление такого звука

оказывается неустойчивым, легко замещается звуком, сходным по звучанию. Причины дефекта произношения в этом случае связаны не с артикуляционными моторными затруднениями, а с недостаточным овладением звуковым составом слов, искаженно воспринятых на слух.

Нарушение грамматического строя также является типичным для речи слабослышащих. Составляя предложения, они опускают отдельные его члены, допускают нарушения морфологических норм, ошибки в употреблении различных частей слова.

Вполне закономерно, что характерные отклонения в устной речи слабослышащих (замещения звуков в произношении) отражаются в их письменной речи замещением букв, что порождает многочисленные ошибки в письменных работах.

Бедность словаря, несформированность грамматического строя языка, искаженное усвоение понятий затрудняют понимание читаемого текста. Дети часто не понимают в тексте даже знакомые слова.

Следует отметить, что речевое развитие слабослышащих детей во многом зависит от индивидуальных особенностей (активности, сообразительности, самостоятельности). Невыраженные степени туюухости не всегда своевременно замечаются окружающими. Недооценка дефекта развития может вызвать неправильную реакцию у родителей, учителей и сверстников. Речевые затруднения ребенка иногда воспринимаются окружающими как рассеянность, невнимание и даже тупость. «Ему надо все по два раза повторять» — так часто родители и учителя характеризуют слабослышащего. Его ругают, а иногда и наказывают за упрямство, неграмотность, лень, не понимая истинных причин видимых отклонений. В результате такое неправильное отношение к ребенку вызывает у него отрицательное поведение (нерешительность, плаксивость, замкнутость, неуверенность, раздражительность, негативизм). Поэтому обязательным условием успешного развития слабослышащего ребенка является правильно организованное воспитание.

Слуховой дефект должен быть своевременно обнаружен. Речь окружающих, обращенная к ребенку, должна отличаться четкостью, громкостью, образцовой дикцией.

Слабослышащие дети обучаются в специальной школе, хотя нередко, в случаях менее выраженной степени тугоухости, попадают сначала в массовую школу и только после длительного и безрезультатного обучения там переводятся в школы для слабослышащих.

Только слабослышащие дети с легкой степенью тугоухости, обладающие развитой речью, могут обучаться в массовой школе, но и для них нередко требуются дополнительные занятия, на которых уточняется произношение слов, оказывается помочь в овладении их звуковым составом.

В некоторых случаях слабослышащие дети, не успевающие в массовой школе, ошибочно направляются в специальные школы для детей с тяжелыми нарушениями речи или даже в школы для умственно отсталых, так как вторичное отклонение (недоразвитие речи) приводит к задержке общего развития и ошибочному диагнозу — олигофрения. Но и в условиях вспомогательной школы такой ребенок остается неуспевающим, потому что лишен необходимой для него помощи, специального обучения и воспитания, рассчитанного на коррекцию и компенсацию дефектов слуха. Он отстает в учебе, привыкает к своей неполноценности, делается плаксивым и равнодушным, перестает учиться.

Компетентный подход к этой проблеме требует тщательного исследования слуха у всех неуспевающих детей с недоразвитием речи. Исследование слуха — это определение чувствительности уха к звукам разной частоты в области слухового восприятия.

Самым простым, распространенным и доступным является метод исследования слуха с помощью речи. Подобное исследование не требует специальных приборов и оборудования. При исследовании слуха этим методом применяется шепотная и громкая речь. При отсутствии или резком понижении восприятия шепотной речи переходят к исследованию громкой

речью. Исследование производится для каждого уха отдельно в обстановке относительной тишины. Показателем степени остроты слуха является наибольшее расстояние, на котором различаются те или иные элементы речи. Значение слов и фраз, подобранных для исследования слуха ребенка, должно быть ему понятно и доступно. Исследование слуха речевым методом обычно используют для выявления начальных форм нарушения слуха у детей. Такое исследование доступно не только специалисту, но и учителю, воспитателю, родителям.

Данный метод исследования слуха, несмотря на широкое распространение и большое практическое значение, не может считаться достаточно точным и объективным. Поэтому в случае необходимости получения более точных данных о состоянии слуха в исследовании применяют камертоны, определяющие объем и остроту слуха как по воздушной, так и по костной проводимости, и аудиометры — электроакустические устройства, отличающиеся значительной точностью измерения. С помощью аудиометра на специальной сетке составляется графическое изображение данных исследования слуха (аудиограмма).

Исследование слуха проводится в медико-педагогических консультациях, слуховых центрах. Так, на основе аудиометрического исследования оказалось возможным дифференцированное определение тяжелой степени тугоухости, которой страдает большинство учащихся специальной школы для слабослышащих.

В зависимости от степени понижения слуха в зоне речевых частот (от 500 до 2000 Гц) у слабослышащих детей различают следующие градации тугоухости: I степень тугоухости — понижение слуха не превышает 50 дБ; II степень — понижение слуха от 50 до 70 дБ; III степень — понижение слуха превышает 70 дБ (в среднем около 75 дБ).

При I степени тугоухости возможно восприятие речи на расстоянии более 1 м, при II степени речь разговорной громкости воспринимается на

расстоянии менее 1 м, при III степени речь разговорной громкости плохо различается даже у самого уха.

В начальных классах массовой школы значительную часть неуспевающих составляют дети с различными отклонениями в развитии слуха и речи. Учитель начальной школы должен как можно раньше выявить детей с недостатками слуха и особенности их затруднений в процессе обучения. Пребывание в несоответствующих возможностям этих детей условиях массовой школы наносит тяжкий ущерб их развитию. Недопонимание обращенной к ним речи, попытки считывать речь с губ учителя и товарищей в классе, типичные ошибки в произношении, чтении и письме и другие описанные выше вторичные отклонения являются характерными показателями нарушения слуха у этих детей.

Вместе с тем кроме слабослышащих с выраженной степенью тугоухости, перевод которых в специальную школу необходим как можно раньше, в классе могут быть дети, у которых легкое снижение слуха, создавая ряд затруднений в обучении, не является безусловным основанием для их обучения в школе слабослышащих. Такие дети могут успешно учиться в массовой школе при условии индивидуального подхода к ним. Зная трудности ребенка в обучении, его типичные ошибки в письме и чтении, учитель помогает преодолеть их, в случае необходимости направляет ученика к врачу-оториноларингологу для контроля за остротой слуха и возможного лечения. В классе такому ребенку необходимо создать соответствующие условия: посадить его на первую парту, проверить, как он на слух воспринимает учебный материал, если нужно, повторить задание; оценить работу ученика с учетом его реальных возможностей, провести с ним несколько дополнительных занятий. Родителям следует разъяснить, как относиться к особенностям их ребенка и правильно организовать его речевое воспитание.

Таким образом, обзор специфических особенностей развития различных категорий детей, страдающих различными нарушениями слуха,

показывает необходимость дифференцированного корригирующего подхода к их обучению и воспитанию.

Под влиянием социальных факторов, среди которых ведущим является фактор специального обучения и воспитания, лица с нарушениями слуха успешно трудятся в промышленности и сельском хозяйстве, учатся в высших учебных заведениях, занимаются общественной деятельностью, достигают успехов в науке, искусстве, литературе и спорте.

Так, Всемирная федерация глухих раз в четыре года проводит Олимпийские спортивные игры глухих. В Праге в 1988 году проходил 10-й Международный фестиваль пантомимы глухих.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что тяжелые нарушения слуховой функции успешно компенсируются, а возможности всестороннего развития личности глухих неограничены.

2. Дети с нарушением зрения

Способность видеть, т. е. ощущать и воспринимать окружающую действительность посредством зрительного анализатора, называется зрением. Наибольшее количество впечатлений о внешнем мире мозг получает через зрение. Оно является определяющим в формировании представлений о реально существующих предметах и явлениях. С помощью зрения познаются существенные признаки разнообразных объектов (свет, цвет, величина), осуществляется ориентировка в пространстве, воспринимается изобразительное и архитектурное искусство, наблюдаются сложные изменения в природе.

«Зрение играет огромную роль не только в развитии собственно зрительных восприятий, но и в развитии пространственных представлений (пространственная ориентировка в окружающем, двигательная сфера), поскольку движения развиваются под зрительным контролем. Зрительно-пространственные представления имеют особо важное значение для ребенка и в процессе его обучения в школе, так как овладение буквами алфавита, числовыми изображениями, ориентацией в географической карте и т. п.

предполагает определенный уровень развития зрительно-пространственных представлений» .

Оптическое восприятие осуществляется зрительным анализатором, который представляет сложную нервно-рецепторную систему, реализующую восприятие и анализ зрительных раздражений.

Характерные особенности зрительного восприятия: дистантность, мгновенность, одновременность и целостность обозрения окружающего мира. Структурно и функционально зрительный анализатор — самый сложный и наиболее совершенный орган, отличающийся рядом особенностей. Он тесно взаимодействует с двигательным, тактильным, обонятельным, слуховым анализаторами, образует с ними сложные динамические системы связей. По этой причине зрительная функция влияет на деятельность других функций и комплексно они формируют сложные, синтетические образы, отражающие предметы и явления реального мира. Зрительный анализатор состоит из периферического отдела (глаз), проводникового отдела (зрительный нерв, зрительные и подкорковые нервные образования) и центрального отдела (зрительные зоны коры головного мозга, расположенные в затылочной области).

Периферическая часть зрительного анализатора — глазное яблоко состоит из трех оболочек: наружной, средней и внутренней. Наружная оболочка включает мышцы, вращающие глазное яблоко, и переднюю прозрачную часть — роговицу. Средняя оболочка содержит кровеносные сосуды, радужку и зрачок. Внутренняя оболочка (сетчатка) — воспринимающий (рецепторный) аппарат глаза. Она состоит из зрительных клеток — палочек и колбочек. Внутреннюю часть глазного яблока составляют стекловидное тело (бесцветная студенистая масса) и зрительный нерв, который соединяет периферический отдел с центральным.

Роговица, хрусталик и стекловидное тело являются сложной оптической преломляющей системой глаза. Нормальное функционирование этой системы обеспечивает правильную рефракцию (преломляющая

способность глаза), при которой лучи, идущие от объекта, преломляются на сетчатке. В этом случае предмет воспринимается четко и ясно.

Роль зрительного анализатора в психическом развитии ребенка велика и уникальна. Нарушение его деятельности вызывает у ребенка значительные затруднения в познании окружающей действительности, сужает общественные контакты, ограничивает его ориентировку, возможности заниматься многими видами деятельности.

Врожденное нарушение зрительного анализатора может быть вызвано воздействием на него различных патогенных агентов в период эмбрионального развития (токсоплазмоз и другие инфекции, воспалительные процессы, нарушение обмена веществ и пр.) или генетических факторов (наследственная передача некоторых дефектов зрения). К аномалиям развития наследственного происхождения относится микрофталм — грубое структурное изменение глаза, характеризующееся уменьшением размеров одного или обоих глаз и значительным понижением зрения. При микрофталмии глаз предрасположен к различным воспалительным заболеваниям с дальнейшим понижением зрения. В редких случаях встречается анофталм — врожденное безглазие. Самой распространенной формой врожденного изменения органа зрения является катаракта — помутнение хрусталика. К врожденным заболеваниям относятся пигментная дистрофия (дегенерация) сетчатки, характеризующаяся сужением поля зрения до полной его потери, и астигматизм — аномалия рефракции, т. е. преломляющей способности глаза.

Иногда встречаются нарушения зрения, обусловленные врожденными доброкачественными мозговыми опухолями. Симптомы этого заболевания проявляются не сразу, а лишь на определенном этапе развития. Зрение постепенно снижается, причем это состояние может сопровождаться повышенной утомляемостью и головными болями. В этом случае необходимо оперативное вмешательство.

Опасны тяжелые заболевания матери во время беременности, особенно на ранних ее этапах, когда у плода формируются органы зрения.

Приобретенные аномалии распространены в нашей стране меньше, чем врожденные. Это связано с улучшением лечебно профилактической помощи населению и достижениями здравоохранения. Почти исчезли тяжелые поражения детского зрения, вызываемые оспой, трахомой, сифилисом, туберкулезом глаз. Реже стали давать осложнения на зрение такие детские инфекции, как корь, скарлатина, дифтерия и др. Однако все еще велико влияние целого ряда приобретенных аномалий на различные отклонения функций зрительного анализатора от нормы. Внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы вследствие осложненных родов, различные травматические повреждения мозга (ушибы или ранения головы) и глаз в послеродовой период могут привести к нарушению зрения. Приобретенная катаракта нередко бывает травматического происхождения. Тяжелое заболевание, связанное с повышением внутриглазного давления и изменениями в тканях глаза, — глаукома, приводящая к потере зрения; атрофия зрительного нерва — заболевание, характеризующееся нарушением связи между сетчаткой глаза и зрительными центрами; заболевания центральной нервной системы (менингит, менингоэнцефалит), осложнения после общих заболеваний организма (грипп и др.) — вот неполный перечень лишь основных приобретенных зрительных аномалий, вызывающих различные по степени нарушения зрительной функции.

Осложняет последствия многих аномалий прогрессирующий характер нарушения зрительного анализатора. Патологические процессы таких текущих заболеваний, как глаукома, атрофия зрительного нерва, мозговые опухоли, долгое время не проявляя себя, могут постепенно ухудшать состояние зрительных функций и затем вызвать резкое падение уровня зрения. В такой ситуации необходимо как можно раньше поставить правильный диагноз и провести оперативное лечение, чтобы своевременно предотвратить крайне негативные для зрения ребенка последствия.

К прогрессирующим нарушениям зрения относятся и такие виды нарушений преломляющей способности глаза, обуславливающие значительное понижение зрения, как близорукость и дальнозоркость. При близорукости нарушение рефракции глаза выражается в том, что лучи, идущие от предмета, преломляются не на сетчатке, а перед ней. При дальнозоркости преломление лучей, идущих от предмета, происходит позади сетчатки. Вследствие этих отклонений на сетчатке образуются неясные, расплывчатые изображения. Дальнозоркость у детей встречается реже, чем близорукость, и, преобладая у младших школьников, с возрастом значительно снижается. Количество детей с близорукостью имеет тенденцию к увеличению. У одного и того же человека близорукость не остается стационарной, а может увеличиваться. Это обычно происходит при нарушении санитарно-гигиенических правил учебной работы в школе и дома (недостаточное освещение, перегрузки зрения).

При прогрессирующей близорукости ухудшается зрение и общее состояние организма (например, ослабление опорного аппарата). В свою очередь, воспалительные процессы глаз, детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина и пр.) оказывают влияние на усиление близорукости. Поэтому так необходимо иметь своевременную информацию о состоянии зрения детей и неукоснительно выполнять рекомендации врача (ношение корригирующих очков, соблюдение щадящего режима).

Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения. Острота зрения проверяется по таблицам, составленным из 10—12 видов букв или знаков. Для проверки остроты зрения у детей используются таблицы с изображением различных хорошо знакомых предметов. Каждый последующий ряд знаков по сравнению с предыдущим означает соответственно разницу в остроте зрения на 0,1. Острота зрения большинства людей, характеризующаяся способностью определять буквы или знаки десятой строки таблицы на расстоянии 5 м, равна 1,0 и рассматривается как нормальная. Исследуемый, определяющий

на этом расстоянии буквы и знаки 5-й строки, имеет остроту зрения 0,5, а первой строки — 0,1.

Если острота зрения ниже 0,1, используется счет пальцев. Ребенок, сосчитавший раздвинутые пальцы руки на расстоянии 5 м, обладает остротой зрения, равной 0,09. Тот же счет пальцев рук на расстоянии 2 м приблизительно соответствует остроте зрения 0,04, на расстоянии 0,5 м — 0,01, а с расстояния 30 см — 0,005. Острота зрения, при которой ребенок не различает пальцев, а видит только свет, равна светоощущению. Если ребенок не может отличать света от темноты, острота зрения его равна нулю.

Принимая за основу степень нарушения функции зрительного анализатора, детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

Слепые дети — дети с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04 на лучше видящем глазу с применением обычных средств коррекции — очков).

Слепота — это двусторонняя неизлечимая потеря зрения.

Различают разные степени потери зрения: абсолютная (тотальная) слепота, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения (светоощущение и цветоразличение); практическая слепота, при которой сохраняется или светоощущение на уровне различения света от темноты, или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук у лица, различать контуры, силуэты и цвета предметов непосредственно перед глазами. Большинство слепых детей имеют остаточное зрение.

Фактор времени наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития слепого ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны отклонения, психофизические особенности и своеобразие развития. В зависимости от времени наступления нарушения функции зрительного анализатора выделяют слепорожденных и ослепших, т. е. лишившихся зрения после рождения.

Психическое развитие слепорожденных детей имеет те же закономерности, что и развитие зрячих детей, однако тяжелое первичное поражение зрения проявляется в различных вторичных отклонениях и особенностях психического развития детей.

Отсутствие возможности визуально (с помощью зрения) воспринимать признаки предметов и явлений, ориентироваться в пространственных признаках обедняет их чувственный опыт, а следовательно, нарушает взаимодействие сенсорных и интеллектуальных (отвлеченно-логических) функций, сдерживает развитие образного мышления. Для слепых детей характерна своеобразная ориентировочная реакция на звук. У зрячих детей в раннем возрасте звуковые раздражители имеют важное ориентировочное значение, однако в дальнейшем в связи с активизацией функций других анализаторов оно постепенно ослабляется. У слепых детей ориентировочная реакция на звук сохраняет свое значение и даже усиливается, так как звуки — основной фактор их ориентировки.

Глубокие дефекты зрения отрицательно влияют на формирование двигательных навыков слепорожденного ребенка. Неудачи и затруднения, возникающие в процессе обучения ходьбе, закрепляются в виде неприятных переживаний и приводят к резкому ограничению двигательных функций у слепых детей.

Развитие высших форм познавательных процессов (внимание, логическое мышление и речь, память) у слепорожденных детей практически протекает нормально. Вместе с тем нарушение взаимодействия чувствительных и интеллектуальных функций проявляется в некотором своеобразии их мыслительной деятельности. У слепых детей с большим трудом формируется правильное соотношение между накопленными словесными (отвлеченными) знаниями и конкретными представлениями. Они легче усваивают отвлеченные понятия, нежели слова с конкретным значением.

Потеря зрения оказывает влияние на своеобразие эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, овладении профессией, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции. В одних случаях своеобразие характера и поведения проявляется в неуверенности, пассивности, склонности и самоизоляции, в других — в раздражении, возбудимости и даже агрессивности.

Ослепших детей отличает от слепорожденных время потери зрения. Так как у ослепших детей оно утрачено после рождения (в дошкольном или школьном возрасте), большое значение для их развития имеет сохранность ранее сформированных зрительных представлений. Чем позже ребенок потерял зрение и чем больше следов прежних зрительных представлений сохранилось в его памяти, тем легче воссоздается образ предмета или явления на основе словесных описаний. В этом случае ведущую роль играет зрительная память, которая может сохранять зрительные представления в течение длительного времени. Постепенное стирание зрительных представлений проходит у детей индивидуально.

Слепой ребенок сохраняет значительные возможности психофизического развития и принципиальную возможность полноценного познания. Нормальная мыслительная деятельность такого ребенка опирается на сохранные анализаторы. У слепого ребенка в условиях специального обучения формируются приемы и способы использования кожного, слухового, двигательного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу, на которой развиваются психические процессы. Именно на этой основе развиваются высшие формы познавательной деятельности (произвольное внимание, мышление, речь, воссоздающее воображение, логическая память), которые являются ведущими в процессах компенсации.

На первом этапе обучения эта система компенсации создает условия для правильного отражения действительности в наглядно-действенной, а в дальнейшем, по мере накопления опыта, в словесно-логической форме. Словесно-логическая форма должна быть сформирована на основе

непосредственного восприятия действительности с помощью сохранных видов чувствительности. Главенствующую роль на этом этапе играют высшие формы психической деятельности.

Процессы компенсации во многом зависят от сохранности остаточного зрения. Самые незначительные остатки зрения важны для ориентации и познавательной деятельности слепого ребенка.

Большое значение для развития компенсаторных возможностей имеет слух. Например, слуховой анализатор дает слепому необходимую информацию об уличной обстановке. Реакция на шум движущихся транспортных средств позволяет слепому сделать выводы о направлении, плотности, скорости их движения и благополучно пересечь улицу.

Осязание также дает слепому необходимую информацию. Так, качество дорожного покрытия (бетон, асфальт, грунт), бордюрный камень тротуара, стены домов, витрины магазинов, телефонные будки, уличные киоски и т. д. помогают слепому ориентироваться в сложной окружающей обстановке городской улицы.

Л. С. Выготский указывал на наличие так называемого шестого чувства (теплового) у слепых, позволяющего им на расстоянии замечать предметы.

Известно, насколько помогает слепым передвигаться в пространстве использование ими так называемого чувства препятствия или чувства расстояния. В основе этого чувства лежит деятельность сложных функциональных систем.

Слепота, задерживая формирование движений, заметно проявляется также на занятиях физкультурой. С целью компенсации этого недостатка применяют приемы, с помощью которых у слепых детей формируются навыки контроля собственных движений на основе слуховых и кожных ощущений. Целенаправленные и дозированные физические упражнения являются мощным средством коррекции вторично нарушенных двигательных функций слепых детей.

Важнейшую роль в процессе компенсации слепоту играет речь. Использование системы условных обозначений позволяет обучать слепых чтению и письму по рельефной системе Брайля. Эта система включает рельефно-точечный шрифт, каждая буква которого состоит из выпуклых точек. Различные комбинации этих точек дают возможность получить количество знаков, достаточное для обозначения всех букв алфавита, цифр, знаков препинания и т. д.

Эффективным средством, компенсирующим дефекты зрения слепых детей, является использование звукового условного кодирования. Применяя различные тифлоприборы на основе условной звуковой сигнализации, слепые могут воспринимать зрительные признаки окружающих предметов и явлений.

Успех компенсаторных процессов зависит также от таких факторов, как время и степень поражения зрительной функции, причин, вызывающих слепоту.

Следует исходить из того, что компенсация слепоты начинается у ребенка с первых месяцев его жизни. Она представляет собой сложный процесс возникновения новых систем взаимодействия функций, а не просто замещение отсутствующей зрительной функции.

«Компенсация слепоты, — пишет Л. И. Солнцева, — представляет собой целостное психическое образование, систему сенсорных, моторных и интеллектуальных компонентов, обеспечивающую слепому ребенку адекватное и активное отражение внешнего мира и создающую возможность овладения различными формами деятельности, свойственными каждому из возрастов».

За счет компенсации, конечно, не происходит полной нейтрализации дефекта. Труднее всего поддаются компенсации те психические процессы, которые наиболее тесно связаны с пораженным анализатором. Компенсация основного дефекта осуществляется в условиях оптимальной организации системы, содержания и методов обучения и воспитания, направленных на

максимальное развитие активности слепого ребенка. Процессы компенсации у слепых детей, имеющих индивидуальные отклонения в развитии, наиболее эффективно протекают в сочетании с коррекционно-воспитательными мероприятиями по исправлению недостатков физического развития, речи, ориентировки в пространстве.

Относительно большую группу по сравнению со слепыми составляют слабовидящие дети с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании обычных средств коррекции (очки) от 0,05 до 0,4. Слабовидящими считают также детей с более высокой остротой зрения, но имеющих другие нарушения зрительных функций (например, сужение границ поля зрения, сниженная точность, замедленность обзора). Слабовидение затрудняет пространственную ориентировку. Главное отличие слепых детей от слабовидящих заключается в том, что у этой последней группы детей даже при значительной степени нарушения зрения остается основным средством восприятия. Зрительный анализатор используется в качестве ведущего в учебном процессе (чтение, письмо), как и у нормально видящих детей, т. е. другие анализаторы не замещают зрительных функций, как это происходит у слепых.

В помощь слабовидящим помимо обычных предоставляются специальные оптические средства коррекции зрения (телескопические очки, контактные линзы, лупы, проекторы), создается повышенная освещенность в учебных помещениях (сила света 500— 700 люкс), применяются учебники с крупным шрифтом и тетради со специальной разлиновкой. Специальные одноместные парты обеспечивают правильную посадку, возможность располагать зрительные объекты на необходимом расстоянии от глаз.

У слабовидящих детей отмечается наряду с ограниченным запасом представлений их искажение в результате затрудненного и замедленного восприятия. Представления отличаются нечеткостью и нестойкостью. Слабовидение оказывает влияние на психическое и физическое развитие ребенка: в известной степени замедлены процессы запоминания, затруднены

мыслительные операции. Отставание физического развития таких детей может быть следствием ограниченности движений.

Слабовидящих детей отличают некоторые особенности поведения, вызванные раздражительностью, замкнутостью, негативизмом и некоторыми другими отрицательными чертами характера. Эти недостатки объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками вследствие дефекта зрения. Поэтому слабовидящие дети нуждаются в специальных условиях воспитания и обучения.

С целью компенсации зрительного дефекта широкое применение находят тифлотехнические и аудиовизуальные средства обучения. Тифлотехника является отраслью дефектологии, занимающейся конструированием технических приборов и приспособлений для компенсации зрения.

Общая цель тифлотехнических средств обучения — приблизить возможности обучения детей с дефектами зрения к уровню нормально видящих учащихся. Для этого необходимо компенсировать нарушения физиологической системы информационно равноценной системой. ТСО помогают опосредованно передать информацию о визуальных признаках предметов и явлений, используя вместо пораженного сохранные анализаторы, слуховые или тактильные сигналы. Они же выполняют функции обратной связи при передаче информации от незрячего окружающим. С этой целью применяются различные приборы и аппараты — от простейших устройств (например, приспособление для введения нитки в иголку) до фотоэлектрических сигнализаторов, калькуляторов, синтезаторов речи и др.

Кроме средств оптической коррекции могут использоваться аудиовизуальные приборы и аппараты, электронно-оптические системы с запоминающими устройствами, специальные замкнутые телевизионные устройства с видеомагнитофоном. Тифлотехнические приборы и аудиовизуальные средства обучения обеспечивают высокую достоверность и

точность передачи информации, что содействует оптимизации учебного процесса, повышению его качества и эффективности.

С учетом различных форм поражения зрительной функции неоднозначной этиологии, разнообразной клинической картины аномалий развития, неодинаковых возможностей компенсации и коррекции нарушенных функций сформировалась сложная система дифференцированного обучения и воспитания слепых и слабовидящих детей.

Центральной задачей всей учебно-воспитательной работы со слепыми и слабовидящими детьми является трудовое воспитание. Дефекты зрения в значительной мере снижают возможности к труду и резко ограничивают трудоспособность. Овладение многими профессиями недоступно незрячим. Это профессии, требующие зрительного наблюдения, контроля и регулирования трудовых действий. Вместе с тем слепым и слабовидящим детям доступны самые разнообразные виды практической деятельности от навыков самообслуживания и посильного бытового труда до профессиональной деятельности, требующей высокой квалификации. Система трудового обучения является важнейшим средством всестороннего развития личности, а овладение профессией — важной частью социальной реабилитации. При построении этой системы, включающей профориентационную работу, трудовое и производственное обучение, учитываются характер заболевания, медицинские показания и противопоказания, познавательные возможности, способности, интересы, склонности учащегося. Труд для этой категории детей имеет важное значение как средство воспитания самостоятельности, ответственности, инициативы, средство коррекции и компенсации отклонений психического и физического развития, подготовки к жизни и общественно полезной деятельности.

Социальная и трудовая адаптация детей с дефектами зрения, выбор профессии, трудоустройство зависят от постановки профориентационной работы в системе трудового обучения. Дети знакомятся с доступными

производственными процессами: деревообработкой, металлообработкой, обработкой бумаги, пластических масс, волокнистых веществ. В процессе трудовой подготовки приобретаются общетехнические знания и практические навыки.

В тифлопедагогике разработано несколько моделей трудовой и производственной подготовки учащихся, предусматривающих дифференциацию содержания и методов обучения в зависимости от типа школ. Овладению доступными профессиями, повышению производительности труда слепых и слабовидящих помогает применение специальных учебных пособий и тифлотехнических средств.

Согласно международным статистическим данным количество слепых в мире составляет 15—18 млн. человек. Международное значение социальной проблемы, какой является слепота, побудило Всемирную организацию здравоохранения объявить 1967 год годом борьбы против слепоты и в связи с этим обратить внимание на меры по предупреждению слепоты, на необходимость международного научного сотрудничества в деле проведения соответствующих социальных мероприятий.

В СССР число слепых детей сократилось за счет уменьшения заболеваемости глаз, а также ликвидации ряда социальных и инфекционных болезней, что обусловлено социальными, санитарно-гигиеническими факторами и достижениями медицины. Наряду с этим отмечается определенный рост количества слабовидящих детей.

Обучение и воспитание слепых и, как правило, слабовидящих детей осуществляется в условиях соответствующих специальных школ и дошкольных учреждений.

Санитарно-гигиенические и профилактические рекомендации офтальмолога, направленные на улучшение и охрану остаточного зрения, помогают педагогам правильно организовать режим занятий слепых и слабовидящих детей, обеспечить специальную тренировку нарушенного зрения.

При практической слепоте улучшение зрения на каждую сотую имеет существенное значение. Педагоги учитывают в работе офтальмологические данные каждого ребенка (степень понижения зрения, характер и причины заболевания, его прогноз и течение), возможности физической нагрузки, допустимое время зрительной работы, использование специальных средств коррекции. Работа с участием зрения чередуется с устными видами занятий. Так, для охраны зрения слабовидящих детей необходимы перерывы в зрительной работе через каждые 10—15 мин.

Особого внимания со стороны педагога и врача требуют прогрессирующие заболевания. Симптом ухудшения зрения, даже изменение внешнего вида глаза ребенка, могут служить сигналом обострения заболевания.

Следуя рекомендациям офтальмолога и целесообразно организуя обучение и воспитание, удается предотвратить или корректировать отклонения в развитии слепых и слабовидящих детей.

В последние годы наряду с ранней диагностикой слепоты и слабовидения особое внимание уделяется системе мероприятий по их предупреждению. Разрабатываются методы ранней диагностики глазных болезней, проводятся регулярные диспансерные обследования детей и их массовые профилактические осмотры офтальмологами.

Доказано, что чем раньше осуществляется надлежащее медицинское вмешательство и специальное коррекционно-воспитательное воздействие, тем оно эффективнее.

Достижения глазной хирургии делают все более возможным успешное оперативное лечение глазных болезней: катаракты, глаукомы, отслойки сетчатки и др. В результате многим незрячим возвращается зрение.

По всей стране широко распространена взрослая и детская специализированная медицинская помощь. Принимаются профилактические меры против детских заболеваний, отрицательно влияющих на зрение, детского глазного травматизма.

Значительное количество слабовидящих детей попадает в специальные школы после нескольких лет пребывания в массовой школе, где они испытывали различные затруднения. Овладеть техникой чтения или понять содержание прочитанного, решить арифметическую задачу или пример эти дети не могут, так как плохо видят текст, смешивают буквы и цифры. Написанное на доске, изображенное на таблицах недоступно их визуальному восприятию. Работоспособность таких детей неустойчива из-за быстрого утомления от зрительной работы. В условиях обычного школьного режима у них может наступить перенапряжение зрения.

Учитель начальных классов массовой школы должен своевременно распознать слабовидящего ребенка в классе, проконсультироваться с врачом-офтальмологом о целесообразности его дальнейшего обучения в массовой школе или направлении в школу для слабовидящих.

Продолжение обучения слабовидящего в массовой школе вне контроля со стороны специалиста-врача может привести к хронической неуспеваемости, педагогической запущенности и дальнейшему ухудшению зрения. Ребенок в таком состоянии нуждается в щадящем режиме, исключающем продолжительные умственные и физические нагрузки, резкие движения и прыжки, наклоны головы и т. п.

Особую значительную группу детей составляют дети с нарушениями зрения, которые при условии обеспечения им индивидуального подхода могут обучаться в массовой школе. Это дети с относительно легким нарушением зрения, аномалией рефракции (близорукость, дальнозоркость, астигматизм). Такие недостатки зрения, как близорукость, широко распространены в массовых школах. Число детей, страдающих близорукостью, заметно возрастает от младшего к старшему школьному возрасту.

Одна из причин этого явления заключается в увеличивающихся нагрузках на зрительный анализатор. Например, доказано, что к ухудшению

зрения в известной мере ведет работа с дисплеем. Поэтому необходим строгий контроль за объемом заданий, связанных с работой на компьютере.

Все виды нарушения зрения, вызванные аномалией рефракции, как правило, корректируются очками. Вместе с тем близорукость и другие дефекты зрения у детей могут прогрессировать. Корректирующие очки в этом случае обязательны. Должны быть обеспечены следующие условия: правильное освещение, соблюдение режима зрительной работы (чередование различных видов работы и отдыха), лечение сопутствующих заболеваний, ослабляющих организм и способствующих развитию близорукости.

В социально-трудовой адаптации слепых и слабовидящих детей основную роль играет всестороннее развитие личности. Все дети этой категории охвачены всеобщим обязательным обучением в дифференцированной сети специальных школ и дошкольных учреждений. Коррекционная работа в этих учреждениях направлена на формирование у детей умственной деятельности, активности и сознательности, на развитие и углубление познавательных процессов. В результате этой работы дети с дефектом зрения достигают высоких результатов в умственном развитии, приобретают нравственные, гражданские качества и необходимые для участия в общественно-трудовой жизни профессиональные умения и навыки.

Все выпускники школ успешно трудятся на предприятиях ВОС или в общей системе предприятий и учреждений, некоторые продолжают обучение в высших и средних специальных учебных заведениях по доступным им специальностям.

В СССР лица с глубокими дефектами зрения пользуются льготами (пенсионное обеспечение, сокращенный рабочий день, бесплатный проезд на городском транспорте и др.).

В последние годы растет число слепых, работающих вместе со зрячими. Многие слепые и слабовидящие занимаются интеллектуальным и творческим трудом. После окончания вузов они работают учителями, юристами, музыкантами и т. п. Увлекаются спортом: шахматами и легкой

атлетикой. Немало слепых работает в области литературы, искусства, техники, медицины, занимается общественной и административной деятельностью. Среди выдающихся ученых, литераторов, педагогов — имена писателя И. Островского, известного математика Л. С. Понtryгина, поэта Э. Асадова, тифлопедагога, члена-корреспондента АПН СССР Б. И. Коваленко и многих других.

Таким образом, в процессе социальной адаптации и реабилитации компенсаторные возможности при различных нарушениях зрения достигают высокого уровня развития и обеспечивают слепым и слабовидящим активное и творческое участие в общественной и трудовой жизни.

Вопросы и задания

1. Каково значение слуха в развитии ребенка?
2. Опишите классификацию слуховых нарушений и перечислите их причины.
3. Дайте характеристику категорий детей с нарушениями слуха.
4. Какие методы исследования слуха вы знаете?
5. Что должен знать учитель начальных классов о детях с различными отклонениями слуха, обучающихся в массовой школе?
6. В чем заключается роль зрительного анализатора в психическом и физическом развитии ребенка?
7. Охарактеризуйте причины, степень и виды нарушения зрения.
8. Сравните особенности психофизического развития слепых и слабовидящих детей.
9. Расскажите о путях социальной адаптации детей с нарушениями зрения.
10. В чем заключается профилактика нарушения зрения у детей в начальной школе? Что вы знаете о мерах по охране зрения детей в школе?

Литература

1. Боек и с Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1987.
2. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. — М., 1973.
3. Дефектологический словарь. — М., 1970.
4. Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения. — М., 1973.
5. Литвак А. Г. Тифлопсихология, — М, 1985.
6. Основы обучения и воспитания аномальных детей. — М., 1965.

ГЛАВА VI. ДЕТИ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

1. Понятие речевого нарушения

Речь — важнейшая психическая функция, присущая только человеку. Благодаря речевому общению отражение мира в сознании одного человека постоянно пополняется и обогащается тем, что отражается в общественном сознании, связывается с достижениями всей общественно-производственной и культурной деятельности человечества. Таким образом, речь является основой коммуникативной функции, которая осуществляется посредством того или иного языка. Благодаря этому мы воспринимаем прозу Л. Толстого и Э. Хемингуэя, стихи А. Пушкина и В. Шекспира, используем теоретическое наследие Д. Менделеева и А. Эйнштейна.

На основе речи и ее смысловой единицы — слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. На огромное значение речи для развития мышления и формирования личности неоднократно указывал Л. С. Выготский, который писал: «Развитие устной речи, вероятно, самое удобное явление для того, чтобы проследить механизм формирования поведения и сопоставить подход к этим явлениям, типичный для учения об условных рефлексах, с психологическим подходом к ним. Развитие речи представляет, прежде всего, историю того, как формируется одна из важнейших функций культурного поведения ребенка, лежащая в основе накопления его культурного опыта».

В тех случаях, когда у ребенка сохранен слух, не нарушен интеллект, но имеются значительные речевые нарушения, которые не могут не сказаться на формировании всей его психики, мы говорим об особой категории аномальных детей — детей с речевыми нарушениями.

Изучением, предупреждением и коррекцией речевых нарушений занимается отрасль дефектологии логопедия (от греч. logos — слово и paideia — воспитание).

Речевые нарушения, возникнув под влиянием какого-либо патогенного фактора, сами не исчезают и без специально организованной коррекционной логопедической работы могут отрицательно сказаться на всем 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, двуязычие в семье и т. п.).

Согласно Р. Е. Левиной, в основе методов логопедической науки лежат принципы: развития, системного подхода, рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития.

Принцип развития состоит в том, что вместо фиксации и описания речевых нарушений, имеющихся у ребенка в данный момент, необходимо установить, в результате каких патологических факторов эти изменения возникли, и проследить динамику их развития. Например, непосредственным результатом некоторых поражений периферического речевого анализатора (артикуляторного аппарата) является ограниченная подвижность органов речи, (в частности, в результате пареза лицевого нерва). Затруднения в артикулировании звуков речи вызывают различной степени недостатки произношения. Нечеткость артикуляции может привести к отставанию в овладении звуковым составом слова, а это, в свою очередь, к аграмматизмам в письменной речи. Кроме того, нечеткость артикулирования (плохое произношение) приводит к ограничению речевой активности. Ребенок, боясь

насмешек окружающих, ограничивает круг своего речевого общения, что, естественно, ведет к снижению активного и пассивного словарного запаса.

Принцип системного подхода отражает сложную структуру речевой функции, включающую звуковую (фонетическую), произносительную сторону речи, фонематические (смыслоразличительные) процессы, лексику и грамматический строй. Речевые нарушения могут затрагивать различные компоненты речи. Одни нарушения касаются только произносительных процессов и выражаются в нарушениях внятности речи без каких-либо сопутствующих проявлений. Другие затрагивают фонематическую систему языка и выражаются не только в дефектах произношения, но и в недостаточном овладении звуковым составом слова, влекущем за собой нарушения чтения и письма.

Наиболее сложные речевые нарушения охватывают как фонетико-фонематическую, так и лексико-грамматическую сторону языка, приводят к общему недоразвитию речи — от полного отсутствия или лепетного ее состояния до развернутой речи, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. Р. Е. Левина выделяет три уровня общего недоразвития речи. Первый уровень характеризуется полным или почти полным отсутствием словесных средств общения в возрасте, когда у нормально развивающегося ребенка (5—6 лет) речь в основном сформирована. При этом уровне речевого развития словарный запас ребенка состоит в основном из звуковых и звукоподражательных комплексов, как правило, непонятных для окружающих и сопровождающихся жестами.

Второй уровень характеризуется тем, что речевые возможности детей значительно возрастают, общение осуществляется не только с помощью жестов и лепетных обрывков слов, но и посредством, хотя и очень искаженных в фонетическом и грамматическом отношении, речевых средств.

Третий уровень включает в себя достаточно развернутую обиходную речь без грубых фонетических и лексико-грамматических отклонений, но с отдельными нарушениями в фонетике, лексике и грамматике.

Связь речи с другими сторонами психического развития. Речевая деятельность формируется и функционирует в тесной связи со всей психикой ребенка в целом, с различными ее процессами, протекающими в сенсорной, интеллектуальной, аффективно-волевой сферах.

Раскрытие индивидуального своеобразия в протекании тех или иных психических процессов у ребенка позволяет понять аномальное протекание того или иного речевого нарушения. Так, при ослабленном зрении, когда компенсаторные возможности зрительного анализатора снижены, такие нарушения, как алексия и аграфия, будут протекать в более тяжелой форме, хотя природа и степень этих нарушений такие же, как и в случаях благоприятного компенсаторного фона.

Чаще всего объектами логопедического изучения и воздействия являются состояния, когда сам патологический процесс уже завершился и наблюдаются лишь остаточные явления, свидетельствующие о перенесенном заболевании (например, дизартрия в результате перенесенного детского церебрального паралича).

особенностей ребенка. В свою очередь, те принципы, которые положены в основу психолого-педагогической классификации, помогут в организации логопедической работы при разных формах аномалий, но при общности проявлений речевого дефекта.

В клинико-педагогической классификации, в отличие от чисто клинической, выделяемые виды речевых нарушений строго не привязываются к тем или иным формам заболевания. Ведущая роль отводится психолингвистическим критериям. На их основе картина речевого нарушения описывается в терминах и понятиях, помогающих логопеду сосредоточить внимание на тех особенностях речевого нарушения, которые должны стать объектом именно логопедического воздействия.

Все виды речевых нарушений, рассматриваемых в клинико-педагогической классификации, можно разделить на две большие группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа: 1) нарушения фонационного (внешнего) оформления произносительной стороны речи и 2) структурно-семантического (внутреннего) системного или полиморфного нарушения речи.

Фонационные (от греч. *phone* — звук, голос; *фонация* — голосообразование) речевые расстройства дифференцируются в зависимости от поражения того или иного звена: а) голосообразования, б) темпоритмической организаций высказывания, в) интонационно-мелодического, г) звукопроизносительного. Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных сочетаниях. В зависимости от этого выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых используются традиционно закрепившиеся термины:

Дисфония (афония) (от греч. *dis* — приставка, обозначающая расстройство, и *phone* — голос; а — частица, обозначающая отрицание) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. (Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фонаторные нарушения, вокальные нарушения.) Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центрального или периферического характера и возникать на любом этапе развития ребенка. Нарушение может быть самостоятельным (изолированным) или входить в состав ряда других нарушений речи.

Брадилалия (от греч. *bradis* — медленный и лат. *Ialia* — речь) — патологически замедленный темп речи. (Синоним — брадифразия.) Проявляется в замедленной артикуляции, вызванной нарушениями речевых центров в коре мозга. Может быть органической или функциональной по своей природе.

Тахилалия (от греч. *tachys* — быстрый, лат. *Ialia* — речь) — патологически ускоренный темп речи. (Синоним — тахифразия.)

Проявляется в ускоренной артикуляции. Является центрально обусловленной, органической или функциональной по своей природе. При замедленном темпе речь оказывается тягуче растянутой, вялой, монотонной, при ускоренном темпе — торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами. Эти явления иногда выделяют как самостоятельные нарушения — баттариазм (от франц. battre — бить, ударять), парафразия. В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином «полтерн». Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием — нарушение темпа речи. Следствием нарушения темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонационной выразительности.

Заикание — нарушение темпоритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. (Синоним — логоневроз.) Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка в период перехода к фразовой речи и связано с резкой эмоционально-отрицательной реакцией ребенка на какой-либо внешний раздражитель. Способствует возникновению заикания недостаточная устойчивость нервной системы, иногда связанная с органическим поражением мозга. Причиной нарушения темпоритмической стороны речи при заикании являются судороги различных частей периферического речевого аппарата — дыхательного, голосового, артикуляционного. Заикание само по себе, как правило, не ведет к нарушению смысловой стороны речи, но нередко может быть связано с другими речевыми и интеллектуальными дефектами.

Дислалия (от греч. *dis* — приставка, обозначающая расстройство, и лат. *lalia* — речь) — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. (Синонимы: косноязычие (устаревшее), дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты,

недостатки произношения фонем.) Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: искаженное произнесение звуков, замена звуков или их смешение. Дефект может быть обусловлен тем, что у ребенка неполностью или неправильно сформировалась артикуляторная база (набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков). Традиционно принято различать механическую дислалию, связанную с анатомическими дефектами артикуляторного аппарата, и функциональную, причины которой лежат в неблагоприятных условиях развития речи или в нарушениях фонематического слуха.

Ринолалия (от греч. *rhinos* — нос, лат. *lalia* — речь) — нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. (Синонимы: гнусавость (устаревшее), палатолалия.) Проявляется в патологическом изменении тембра голоса и искаженном звукопроизношении вследствие нарушения нормального участия носовой полости (носового резонатора) в голосообразовании. Через расщелину в мягким и твердом нёбе воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа. В этом случае все звуки речи становятся излишне назализованными (носовыми), речь при этом малоразборчива, монотонна. Такую форму ринолалии принято называть открытой, в отличие от закрытой ринолалии, которая проявляется при нарушении нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях носоглотки, искривлениях носовой перегородки, хронических воспалительных процессах носоглотки. При закрытой ринолалии носовой резонатор полностью или частично выключается из процесса звукообразования и голос в этом случае лишается ряда обертонов, звучит глухо, искаженно звучат носовые звуки «м», «н».

Дизартрия (от греч. *dis* — приставка, обозначающая расстройство, *arthron* — сочленение) — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. (Синонимы; косноязычие (устаревшее), невнятная речь.) При

дизартрии наблюдается несформированность всех звеньев механизма звукопроизношения, следствием чего являются голосовые и артикуляционно-фонетические дефекты. При тяжелой степени дизартрии (анаартрии) полностью отсутствует звукопроизносительная сторона речи. В легких случаях, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о стертой форме дизартрии. В этом случае ее следует дифференцировать от дислалии (это может сделать только специалист-логопед).

Дизартрия является следствием поражения ЦНС при детском церебральном параличе, но может возникнуть и на любом этапе развития ребенка как результат нейроинфекции и других мозговых заболеваний.

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

Алалия (от греч. *α* — частица, обозначающая отрицание, и лат. *lalia* — речь) — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. (Синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонемота (устаревшее).) Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах восприятия и воспроизведения речевого высказывания. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не формируется. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов.

Алалия возникает при повреждении речевых областей больших полушарий головного мозга (центр Брока и центр Вернике). В связи с этим различают моторную и сенсорную алалию. При моторной алалии в значительной степени сохраняется понимание обращенной обиходной речи и резко нарушена способность продуцировать речь. При сенсорной алалии резко нарушено понимание обращенной речи.

Большое значение в практике логопедической работы имеет отграничение алалии (как первичного дефекта) от вторичных нарушений речевого развития при умственной отсталости и нарушениях слуха.

Афазия (от греч. *a* — отрицание и *phasis* — речь) — полная или частичная потеря ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга: сосудистыми нарушениями, воспалительными процессами, черепно-мозговыми травмами. (Синонимы: распад, потеря речи.) Как правило, к афазии относят речевое нарушение, если оно произошло после трехлетнего возраста. В отличие от афазии взрослых выделяется детская, или ранняя, афазия.

В зависимости от зоны поражения, как и при алалии, выделяют две основные формы афазии — моторную и сенсорную. При моторной афазии поражается двигательный речевой центр (центр Брука) и, главным образом, нарушается экспрессивная сторона речи, т. е. ребенок теряет способность говорить, либо сохраняется способность произнесения лишь отдельных слов и коротких фраз. При сенсорной афазии поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике), что ведет к нарушению импрессивной стороны (понимания) речи. Восприятие неречевых звуков обычно не нарушено.

Нарушения письменной речи подразделяются на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен — продуктивный (нарушение самого акта письма) или рецептивный (расстройство чтения).

1. Дислексия (от греч. *dis* — приставка, обозначающая расстройство, и *lego* — читаю) — нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием некоторых участков коры головного мозга. Проявляется в затруднении при распознавании и узнавании букв, при слиянии букв в слоги и слогов в слова, что приводит к замедленному, часто угадывающему характеру чтения, к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, неправильному пониманию даже простейшего текста.

Тяжелая степень этого нарушения представляет собой алексию — полную неспособность к овладению навыком чтения.

2. Дисграфия (от греч. *dis* — приставка, означающая расстройство, и *grapho* — пишу) — частичное специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звуко-слогового состава слова и структуры предложения. В основе дисграфии у детей обычно лежит недоразвитие устной речи (кроме оптической формы), в частности неполнота фонематического слуха, и недостатки произношения, препятствующие овладению фонетическим (звуковым) составом слова. Наиболее тяжелая степень этого нарушения — аграфия — представляет собой полную неспособность к овладению навыком письма.

Психолого-педагогическая классификация возникла в связи с необходимостью логопедического воздействия в условиях работы с коллективом детей (группой, классом). Для этого нужно было найти общие проявления речевого дефекта при разных формах аномального развития речи у детей. Такой подход требует построения классификации на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

Речевые нарушения в данной классификации подразделяются на две группы.

Первая группа — нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

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

Общее недоразвитие речи (ОНР) — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой ее стороне. В качестве общих признаков отмечаются: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизмы, дефекты произношения, дефекты фонемообразования. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния (алалия) до развернутой, но с элементами фонематического и лексико-грамматического недоразвития (дислалия). В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие речи подразделяется на три уровня.

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

В данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия. В данной классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, в основе которого лежит соотношение нарушений речи как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

Основные виды логопедической помощи детям. Для детей с тяжелыми нарушениями речи существуют школы и школы-интернаты, куда принимаются дети 7—12 лет с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом. Школы для детей с тяжелыми нарушениями речи имеют два отделения.

В первое отделение принимаются дети с общим недоразвитием речи тяжелой степени. В первую очередь зачисляются дети с алалией, афазией, дизартрией, ринолалией, а также имеющие общее недоразвитие речи в более легкой форме, но сопровождающееся заиканием. При зачислении в первое отделение учитывается уровень речевого развития, выявляемый в результате индивидуальной проверки произношения, словарного запаса, владения самостоятельной развернутой (описательно-повествовательной) речью; у ранее обучавшихся детей также выявляется степень владения навыками чтения и письма.

Во второе отделение принимаются дети, страдающие тяжелой формой заикания при нормальном развитии других компонентов речи.

С каждым годом в нашей стране увеличивается сеть дошкольных учреждений для детей с речевыми нарушениями. Это детские сады и ясли-сады с круглосуточным и дневным (12-часовым) пребыванием детей. Разрешается также (при наличии достаточного контингента) открывать дошкольные группы для детей с нарушениями речи при детских садах, яслях-садах, дошкольных детских домах общего типа, в школах-интернатах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

В настоящее время увеличивается сеть логопедических пунктов при массовых общеобразовательных школах, что позволит на ранней стадии выявлять и исправлять легкие степени различной речевой патологии и охватить логопедическим обследованием значительно больший контингент детей.

Логопедическая помощь оказывается также по линии Министерства здравоохранения СССР через сеть логопедических кабинетов при детских психоневрологических диспансерах специалистами-логопедами.

Вопросы и задания

1. Охарактеризуйте понятие речевого нарушения.
2. В чем заключается принцип системного подхода к речевым нарушениям?

3. Назовите уровни речевого недоразвития.
4. Дайте определение клинико-психологической классификации.
5. Назовите виды речевых нарушений, используя клинико-психологическую классификацию.
6. Дайте определение психолого-педагогической классификации и приведите примеры речевых нарушений по данной классификации.
7. Перечислите основные виды логопедической Помощи в нашей стране.

Литература

1. Логопедия/Под ред. Л. С. Волковой.—М., 1989. ^ 2. Основы теории и практики логопедии/Под ред. Р. Е. Левиной. — М.,

ГЛАВА VII. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ, КОМПЛЕКСНЫМИ ДЕФЕКТАМИ

1. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Основной контингент этой категории — дети, страдающие церебральным параличом (ДЦП). ДЦП — заболевание незрелого мозга, которое возникает под влиянием различных вредных факторов, действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на первом году жизни ребенка. При этом в первую очередь поражаются двигательные зоны головного мозга, а также происходит задержка и нарушение его созревания в целом. Поэтому у детей, страдающих ДЦП, встречаются самые разнообразные нарушения: двигательные, интеллектуальные, речевые, расстройства других высших корковых функций.

Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей могут быть обусловлены и рядом других заболеваний. Это последствия полиомиелита в восстановительном и резидуальном периодах, различные врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата, артrogрипоз (врожденные . множественные искривления конечностей с ограничением или отсутствием движений в суставах), ахондроплазия или хондродистрофия

(врожденное отставание в росте костей конечностей при нормальном росте туловища, шеи и головы), миопатия (наследственное заболевание, связанное с нарушением обмена веществ в мышечной ткани; характеризуется мышечной слабостью и атрофией мышц).

Практика обучения этих детей в массовой школе показала, что особенности психического и физического развития не позволяют им полноценно овладевать программой массовой общеобразовательной школы.

Несмотря на различную этиологию нарушений опорно-двигательного аппарата, в плане коррекционно-воспитательной работы и обучения эти дети могут рассматриваться как единая группа. А так как в этой категории большинство составляют дети с ДЦП, то, говоря ниже об особенностях развития, обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, мы будем в основном иметь в виду именно детей с ДЦП.

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нарушен весь ход моторного развития, что, естественно, оказывает неблагоприятное влияние на формирование нервно-психических функций. Это связано с тем, что движение является одним из основных проявлений жизнедеятельности организма и все его важнейшие функции — дыхание, кровообращение, глотание, перемещение тела в пространстве, звукопроизносительная сторона речи — реализуются в конечном счете движением — сокращением мышечного аппарата.

Особое значение в нервно-психическом развитии имеют произвольные движения, направленные на достижение определенной цели. Им принадлежит ведущая роль в формировании и организации всего поведения человека в самом широком смысле.

Формирование двигательной функциональной системы имеет важное значение в организации интегративной деятельности мозга, т. е. во взаимосвязи различных функциональных систем, являющихся основой нервно-психической деятельности человека.

Поражение двигательных зон и проводящих путей незрелого мозга замедляет и изменяет последовательность этапов его созревания. В связи с этим происходит нарушение процесса формирования всей двигательной функциональной системы и высшие двигательные центры перестают оказывать тормозящее влияние на примитивные врожденные рефлекторные двигательные реакции.

Разнообразные двигательные нарушения у этих детей обусловлены действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой заболевания. Назовем некоторые из них:

ограничение или невозможность произвольных движений, что обычно сочетается со снижением мышечной силы: ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу;

нарушения мышечного тонуса. Мышечный тонус условно называют ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. При ДЦП часто наблюдается повышение мышечного тонуса (спастичность), определяющее особую позу детей: ноги согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки прижаты к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы сжаты в кулаки;

появление насильтенных движений (гиперкинезов), что резко затрудняет выполнение любых произвольных движений, а порой делает их невозможными;

нарушения равновесия и координации движений, проявляющиеся в неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе;

нарушения ощущения движений тела или его частей (кинестезии). Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприорецепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении туловища и конечностей в пространстве, степени сокращения мышц.

Основные направления коррекционной работы по формированию двигательных функций предполагают комплексное, системное воздействие, включающее медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое лечение, различные массажи, лечебную физкультуру, непосредственно связанную с проведением уроков физической культуры, труда, с развитием и коррекцией движений во все режимные моменты.

Медикаментозное лечение направлено на нормализацию мышечного тонуса, уменьшение насилиственных движений (гиперкинезов), усиление активности компенсаторных процессов в нервной системе. Оно должно быть строго индивидуальным в зависимости от структуры дефекта, особенностей, психической деятельности и соматического состояния ребенка.

Физиотерапевтические процедуры направлены на уменьшение спастичности, улучшение кровообращения в мышцах.

Мероприятия ортопедического характера включают прежде всего соблюдение ортопедического режима, разработанного для каждого ученика индивидуально, использование различных ортопедических приспособлений для ходьбы, коррекции положения рук и пальцев, стабилизации головы и т. д.

Меняющийся непостоянный характер нарушений мышечного тонуса в речевой мускулатуре, большая его зависимость от внешних влияний, эмоционального состояния ребенка, положения его тела и головы в пространстве обуславливают особенности звукопроизношения у этих детей. Отсутствие стабильности артикуляционных нарушений приводит к непостоянству нарушений фонетической стороны речи. Если в спокойном состоянии в речевой мускулатуре отмечается дистония (переменный характер мышечного тонуса), то при попытке к речи наблюдается резкое повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. У этих детей всегда наблюдаются своеобразные затруднения при устном ответе. Ребенок лучше высказывается в сопряженной речи, а также в тех случаях, когда вопрос адресуется не лично ему, а всему классу, т. е. у этих детей в первую очередь страдает коммуникативная сторона речи.

Проявление гиперкинезов в речевой мускулатуре грубо искажает речь, порой делает ее малопонятной, а иногда и невозможной. Кроме того, у детей могут отмечаться гиперкинезы в мышцах диафрагмы, межреберных мышцах, что, в свою очередь, грубо нарушает дыхание, плавность речи, а в тяжелых случаях приводит к появлению насильтственных выкриков или стонов.

Наиболее распространенной формой речевых нарушений является псевдобульбарная дизартрия (нарушение звукопроизношения, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата, чаще всего вследствие псевдобульбарного паралича), которая характеризуется нарушением мышечного тонуса. Для этого речевого нарушения характерна ограниченная подвижность артикуляционных мышц; особенно страдают наиболее тонкие изолированные движения, повышенено слюноотделение, нарушено дыхание, голосообразование.

Логопедическая работа при всех формах речевых нарушений строится на основе учета данных патогенетического анализа структуры речевого дефекта. При этом необходимо выделение ведущего дефекта, вторичных нарушений и компенсаторно-приспособительных реакций ребенка. Работа всегда нацелена на развитие всех сторон речевой деятельности ребенка.

При осложненных формах дизартрии работа логопеда предполагает обогащение слухового опыта ребенка, развитие его слухового внимания, навыков локализации звука в пространстве, слуховой памяти, фонематического слуха, семантической стороны речи. Работа строится с опорой главным образом на зрительное восприятие.

При проведении логопедических занятий важно стремиться к предупреждению и преодолению различных одновременно проявляющихся движений (синкинезий) в скелетной мускулатуре и особенно в пальцах рук, а также в мимической мускулатуре.

Работа над артикуляционной моторикой проводится в тесном единстве с занятиями по лечебной физкультуре на фоне строгого индивидуализированной медикаментозной терапии.

В систему логопедических мероприятий входит не только развитие артикуляционной моторики и звукопроизносительной стороны речи, но также и формирование ее лексико-грамматической стороны, создание условий, необходимых для овладения ребенком письменной речью.

Поражение черепно-мозговых нервов, имеющих непосредственное отношение к иннервации артикуляционного аппарата, наиболее часто сочетается с нарушением функции глазодвигательных нервов. Это проявляется в косоглазии, нарушении фиксации и прослеживания предметов. Особенно характерны для этих детей нарушения зрительно-моторной координации, которые проявляются в том, что ребенок не может фиксировать взор и плавно прослеживать движение своих рук. Эти нарушения затрудняют проведение логопедических занятий, так как ребенок с трудом фиксирует взор на органах артикуляционного аппарата, не может плавно следить взором за строкой, испытывает трудности в письме, чтении, при составлении рассказа по серии сюжетных картинок.

Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводится в специальном типе школ — школах-интернатах (школах) для детей с последствиями полиомиелита и церебральных параличей. В эти школы принимаются дети школьного возраста, самостоятельно передвигающиеся, не требующие индивидуального ухода. Школы имеют подготовительный класс, куда принимаются дети семилетнего возраста. Дети с церебральными параличами выделяются в специальные классы в составе школы.

По мере восстановления здоровья, на основании заключения медико-педагогической комиссии, учащиеся могут переводиться в общеобразовательную школу или школу-интернат общего типа.

По окончании девятилетней и одиннадцатилетней школы педагогический совет дает выпускникам соответствующие рекомендации по трудуоустройству. Трудоустройство выпускников школы, которые к

окончанию являются инвалидами I—II группы, проводится органами социального обеспечения.

2. Дети с нарушением поведения

Как уже отмечалось, умственная отсталость олигофренической этиологии является непрогрессирующим (непрогредиентным) заболеванием. Правильное воспитание и выбор типа учебного заведения (вспомогательная школа) позволяют этим детям оптимальным образом реализовать имеющиеся психические возможности и впоследствии достаточно успешно адаптироваться в обычных социальных условиях — в быту, в трудовом коллективе и т. д.

Однако при ряде отрицательных факторов как биологического характера (дополнительные инфекционные заболевания, интоксикации, черепно-мозговые травмы), так и социального (конфликтные ситуации в семье, неправильное воспитание), социальный прогноз в отношении этих детей может быть менее благоприятным.

Подростковый возраст, особенно в период полового созревания с его сложной перестройкой всего организма, является наиболее уязвимым как в биологическом, так и в социальном плане для различных неблагоприятных воздействий.

Значительная роль в нарушениях поведения подростков-олигофренов принадлежит психотравмирующим факторам, в частности переживаниям, связанным с безуспешным пребыванием в массовой школе, пренебрежительным отношением сверстников и взрослых, обидным прозвищем и т. п.

Среди типов нарушений поведения, наблюдаемых у подростков-олигофренов, наибольшее значение имеют психопатоподобные расстройства, препятствующие успешной социальной адаптации, а нередко способствующие формированию асоциального поведения вплоть до правонарушений и преступлений.

Несмотря на огромную инвариантность отклоняющегося от нормы поведения умственно отсталых подростков, клинико-психологическая структура этих нарушений может быть разделена на два психопатологических варианта (К. С. Лебединская, 1976):

психическая декомпенсация невротического типа;
психическая декомпенсация психопатоподобного типа с а) преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости, б) преобладанием аффективной возбудимости, в) преобладанием патологии влечений.

Психическая декомпенсация невротического типа связана в основном с болезненным переживанием чувства собственной интеллектуальной неполноценности. У подростков отмечается тяжелая психическая ранимость, неверие в свои возможности, страх перед будущим, преувеличение переживания неудач. Значительно снижается продуктивность учебной деятельности. Во время устных ответов, контрольных работ возникают состояния страха, растерянности. После фильмов или рассказов с устрашающим содержанием усиливается боязливость, страх темноты, возникают тяжелые сновидения. Подростки, как правило, переживают дефекты внешности: косоглазие, моторную неловкость, энурез. Замечания в классе вызывают растерянность, скованность либо повышенное, неадекватное беспокойство; на индивидуальных занятиях продуктивность учебной деятельности, как правило, значительно выше.

Чувство неполноценности способствует появлению у некоторой части подростков аутистических склонностей (от греч. *autos* — сам) — болезненного состояния психики, характеризующегося сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом в себя от реального внешнего мира. Подростки охотно остаются одни, особенно на природе, предпочитают занятия, не требующие общества, — коллекционирование, рыбную ловлю, рисование, чтение. В фантазиях компенсаторного типа они представляют себя красивыми и сильными. Ряд поступков, внешне носящий асоциальный характер, например

немотивированные прогулы, попытки бродяжничества, также носят характер защитных реакций.

Наряду с этим у подростков педагоги отмечают и ряд положительных личностных свойств: доброжелательность, привязанность к родителям, учителям. Они охотно выполняют доступную для них работу по дому, интернату.

Психическая декомпенсация психопатоподобного типа проявляется в различных вариантах: эмоционально-волевой неустойчивости, аффективной возбудимости и двигательной расторможенности, патологии влечений.

Помимо нарушений школьной дисциплины (неусидчивости, раздражительности, склонности к немотивированным конфликтам с учителями и соучениками, агрессии, систематическим прогулам) у этой части подростков наблюдается асоциальное поведение (ранняя алкоголизация, воровство, бродяжничество, склонность к нарко- и токсикомании, сексуальные эксцессы). Для них характерно абсолютное отсутствие интереса к школьным занятиям. Как правило, это именно та часть подростков, которая состоит на учете в комиссии по делам несовершеннолетних. Во всем их поведении преобладает эмоционально-волевая неустойчивость, незрелость. Выраженная инфантильность проявляется в веселом беззаботном настроении со склонностью к суетливости и назойливости, с отсутствием стойких привязанностей при большой общительности.

Основной движущий мотив поведения этих подростков — удовольствие. От заданий, требующих даже незначительных усилий, они отказываются. На уроках болтливы, расторможены, отвлекаемы. В любом виде деятельности импульсивны, нетерпеливы и пресыщаемы. Из-за повышенной внушаемости часто вовлекаются в конфликты или становятся орудием совершения правонарушений или преступлений (некоторые осознают это сами). Несмотря на трусливость, они легко идут на поводу у более активных дезорганизаторов. Незрелые формы самоутверждения проявляются в хвастовстве, примитивных вымыслах.

Преобладание аффективной возбудимости и двигательной расторможенности проявляется у большинства этих подростков в чрезвычайной раздражительности, склонности к агрессивным разрядам. По незначительному поводу они могут бросить в учителя книгу или тетрадь, разорвать учебник, начать драку, нецензурно браниться.

Характерно, что аффективная реакция этой группы подростков далеко не адекватна причине, ее вызвавшей.

С интеллектуальной недостаточностью часто контрастирует своеобразная взросłość интересов, их односторонняя житейская направленность, мечты о замужестве, семье, «хорошем» (в плане высокой оплаты) работе. Как юноши, так и девушки в основном стремятся к обществу более старшей молодежи, тяготятся школой.

Часто аффективная возбудимость провоцируется рядом утрированно подростковых психологических особенностей: обостренным самолюбием, нетерпимостью к критике, протестом, негативизмом по отношению к авторитету взрослых. Многие начинают скрывать, что учатся во вспомогательной школе. Насмешки по поводу интеллектуальной недостаточности вызывают у них бурные аффективные вспышки с агрессией, драками, стремлением к самоутверждению и доказательству своего физического превосходства.

У подростков этой группы могут наблюдаться и немотивированные колебания настроения в виде дисфории со злобностью, угрюмостью, подозрительностью.

Физический облик этой группы подростков свидетельствует о раннем начале или ускоренном темпе полового метаморфоза (чрезмерное или раннее развитие вторичных половых признаков и наружных половых органов, более зрелые конфигурации телосложения). У девочек нередко бывает ожирение, раннее начало менструаций (в 9—11 лет).

По мнению родителей и педагогов, для этой группы подростков характерен резкий контраст, «неузнаваемость» поведения в данный момент с

прежним психическим обликом. Все это говорит о тесной патогенетической связи между аффективной возбудимостью и дисгармоничным, бурно протекающим половым метаморфозом.

Патология влечений у умственно отсталых подростков, в отличие от рассмотренных выше видов отклоняющегося поведения, носит неодолимый характер, что определяет весь образ их жизни и нередко препятствует самому пребыванию в школе (интернате). У девочек этой категории подростков основное место занимает повышенная сексуальность. Некоторые из них сами расценивают это влечение как вредное, болезненное, считают себя «несчастными». Но тем не менее подчиняют ему весь образ жизни. Многие примыкают к антисоциальным компаниям, быстро усваивая нравы и обычай этой среды.

С повышенной сексуальностью тесно связана и склонность к бродяжничеству. Во время побегов из дома или интерната они noctуют на чердаках, вокзалах, в подъездах домов, у случайных знакомых. Вступают в беспорядочные половые связи, курят, употребляют алкоголь. У многих имеется склонность к мелкому воровству.

В нарушениях поведения этой категории подростков отражается и их интеллектуальная недостаточность: во время побегов, веря любым обещаниям, они уезжают в другие города с первыми встречными; украденное продают за бесценок или обменивают на сладости; не учитывая ситуацию, быстро попадаются на кражах.

У мальчиков, наряду с сексуальностью, на первом месте выступает склонность к бродяжничеству, воровству, алкоголизму. Побеги принимают неодолимый и бесцельный характер, нередко возникают в период дисфории. Воровство также отличается наличием элемента неодолимости — подросток может совершить мелкую кражу, не учитывая ситуации, буквально на глазах у окружающих. В склонности к алкоголизму также присутствует компонент неодолимости — частая и значительная потребность в вине, быстрое привыкание. В антисоциальных группах употребление алкоголя может

сочетаться с употреблением наркотиков. Невозможность в данный момент удовлетворить влечение с помощью алкоголя и наркотиков толкает этих подростков на употребление медикаментозных или химических заменителей, что ведет к токсикомании. Естественно, что сочетание алкоголизма, наркомании и токсикомании с интеллектуальной неполноценностью этих подростков приводит их в группу риска в социальном плане, а нередко и к преступлениям, особенно в тех случаях, когда патологическое влечение приобретает характер агрессивности, жестокости, садизма.

Во внешнем облике этой категории подростков, как и у предыдущей, явно проявляется дисгармония развития, связанная с половым метаморфозом и эндокринно-вегетативной дисфункцией.

Во вспомогательной школе (интернате) эти подростки нуждаются в повышенном внимании со стороны педагогов и воспитателей, а в периоды обострения — в госпитализации в психоневрологических стационарах или детских отделениях при психоневрологических больницах.

3. Обучение и воспитание детей со сложным (комбинированным) дефектом

Изучением, обучением и воспитанием этой категории аномальных детей отечественная дефектология занялась сравнительно недавно (в последние 10—15 лет). Всю научно-исследовательскую и учебно-методическую работу в этом плане проводит и координирует НИИ дефектологии АПН СССР.

Повышенное внимание к этой (относительно небольшой) категории аномальных детей в последние годы можно объяснить дальнейшим расширением дифференциированного подхода к обучению и воспитанию аномальных детей, а также тенденцией к количественному увеличению этой категории.

К детям со сложным дефектом относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью (умственная отсталость, олигофрения).

В настоящее время выделяются следующие группы детей со сложным дефектом:

умственно отсталые глухие или слабослышащие; умственно отсталые слабовидящие или слепые (частичновидящие);

слепоглухонемые; глухие слабовидящие.

В дефектологической практике встречаются также дети со множественными дефектами — умственно отсталые слепоглухие, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушением органов слуха или зрения.

Нередко в школах для слабовидящих детей, особенно в начальных классах, выявляются дети с задержкой психического развития, которых подчас можно отнести к слабовидящим олигофренам и которые также нуждаются в комплексном изучении, специальных методических подходах в обучении.

Процесс обучения значительно усложняется, когда дело касается ребенка со сложным дефектом. Сложный дефект — это не просто сумма двух (а иногда и более) дефектов; он является качественно своеобразным и имеет свою структуру, отличную от составляющих сложный дефект аномалий.

В связи с этим важнейшим этапом обучения и воспитания детей со сложным дефектом является их изучение с целью дифференциации от других групп аномалий, определения структуры дефекта и на основе этого выработки соответствующих методик коррекционно-воспитательной работы.

Как и обследование любого аномального ребенка, обследование ребенка со сложным дефектом носит комплексный характер и является клинико-психологом-педагогическим обследованием. В нем принимают участие дефектологи, психологи, физиологи, психиатры, врачи-специалисты.

Одними из первых были изучены дети с нарушением интеллекта и слуха. Сложность изучения этой группы детей заключается в том, что отсутствие или снижение слуха (особенно в раннем возрасте) вторично вызывает снижение интеллекта по типу олигофрении.

Специально организованные исследования и практика обучения и воспитания умственно отсталых детей (олигофренов) с нарушениями слуха показывают, что у многих из них сочетание олигофрении с нарушением слуха обусловлено как наследственными, так и экзогенными факторами. Методики, разработанные в результате изучения этих детей, позволили выделить дифференциально-диагностические критерии, по которым стало возможным отличать слабослышащего ребенка-олигофrena от слабослышащего с нормальным интеллектом и тем самым значительно обогатить методы дифференциальной диагностики.

За последние годы контингент учащихся школ для слепых и слабовидящих значительно изменился. Применение в современной офтальмологии новых методов ранней диагностики, коррекции и лечения заболеваний органов зрения позволило многим детям вернуть или значительно улучшить зрение. Наметилась тенденция к снижению числа детей с тяжелыми нарушениями зрения (слепых и частичновидящих). Зато увеличился контингент слабовидящих детей. На их фоне наиболее отчетливо стала выделяться группа детей, не усваивающая программу школы. Комплексное изучение этих детей показало наличие у них, кроме дефекта зрения, умственной отсталости по типу олигофрении. Систематическое обследование контингента школ для слепых и слабовидящих показало тенденцию роста этой группы детей (6,5% в 1967 году и 17,3% в 1981 году).

Клиническое изучение умственно отсталых детей с нарушениями зрения позволило выявить в этиологии этого дефекта ряд структурных закономерностей, характерных для сложных аномалий развития (наследственно обусловленные; поражение плода во внутриутробный период; постнатальные менингиты и менингоэнцефалиты).

Сложность и особенность обучения этих детей заключается в следующем. Слепые дети при правильно организованном специальном обучении достаточно успешно уже на ранних годах обучения овладевают точечно-рельефным шрифтом, что, в свою очередь, позволяет им успешно

овладеть чтением, грамотой, письмом и счетом. У умственно отсталых слепых этот процесс проходит далеко не так успешно и занимает значительно больше времени. Это объясняется рядом причин. Во-первых, в силу органического поражения центральной нервной системы компенсаторные возможности умственно отсталого ребенка значительно снижены и механизмы тактильного и слухового анализаторов без специальной работы в компенсаторную деятельность не включаются. Во-вторых, для формирования представлений, понятий и, наконец, обобщений на уровне слова при обучении нормально видящих умственно отсталых широко используются средства наглядности, а при обучении интеллектуально полноценных слепых — слово и специальные тифлографические наглядные пособия. И в том и в другом случае для успешного усвоения учебной информации требуется достаточно высокий уровень абстрактного мышления, анализа и обобщения. А именно эти психические функции и нарушены у умственно отсталых в первую очередь.

К категории детей со сложным дефектом относятся и слепоглухонемые дети. Естественно, эта категория детей является наиболее сложной. К ней относятся дети, не только полностью лишенные зрения, слуха и речи, но и с частичным поражением слуха и зрения: слепые с такой потерей слуха, которая препятствует усвоению речи на слух, и глухие с такой потерей зрения, которая препятствует зрительной ориентировке. Особенностью этих детей является то, что в силу биологического дефекта они практически полностью лишены возможности получать информацию об окружающем по естественным каналам и без специально организованного обучения не развиваются интеллектуально. Вместе с тем потенциально слепоглухонемые дети обладают возможностью полноценного интеллектуального развития. При этом у слепоглухонемого ребенка создаются и развиваются все усложняющиеся формы общения — от элементарных жестов (воспринимаемых с помощью осязания) до словесной речи. Это позволяет слепоглухонемым детям успешно овладевать программой средней школы, а

некоторым из них и оканчивать высшие учебные заведения. Примером этого может служить жизнь и работа Ольги Ивановны Скороходовой. В раннем детстве она лишилась зрения и слуха, а затем и речи. Воспитывалась и обучалась в школе-клинике для слепоглухих, возглавляемой выдающимся советским дефектологом, профессором И. А. Соколянским. Всю свою жизнь О. И. Скороходова посвятила дефектологии. Ею написаны две уникальные книги «Как я воспринимаю окружающий мир» (1947) и «Как я воспринимаю и представляю окружающий мир» (1956). В 1961 году Ольга Ивановна успешно защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата педагогических наук и до конца жизни (1982) работала старшим научным сотрудником в НИИ дефектологии АПН СССР.

В 1972 году Ольга Ивановна выпускает третью книгу — «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир». Эта трилогия (а все три книги объединены одной идеей — идеей неограниченных познавательных способностей человеческой личности и удивительных компенсаторных возможностей человеческого организма) принесла автору широкую известность как в нашей стране, так и за рубежом. Третья книга трилогии была отмечена премией Академии педагогических наук СССР.

Естественно, пример с О. И. Скороходовой уникален. Но и в последние годы практика обучения и воспитания слепоглухонемых, опирающаяся на теоретическое наследие И. А. Соколянского и его ученика и последователя А. И. Мещерякова, а также научно-методические разработки лаборатории обучения и воспитания слепоглухонемых НИИ дефектологии АПН СССР позволяют определенной части этих детей получить образование в объеме массовой школы и затем успешно получить высшее образование. Так, четверо выпускников Загорского детского дома — Ю. Лerner, С. Сироткин, А. Суворов, Н. Корнеев успешно закончили факультет психологии МГУ им. М. В. Ломоносова и успешно ведут самостоятельную научно-исследовательскую работу.

Вопросы и задания

1. Каковы особенности обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата?

2. В чем заключаются особенности воспитания детей с нарушениями поведения?

3. Дайте определение сложного (комбинированного) дефекта.

Литература

1. Клинико-психологическое исследование глухих детей со сложным дефектом: Сб. научных трудов/Под ред. М. С. Певзнер и Т. В. Розановой. — М., 1980.

2. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети. — М., 1974.

3. Молчановская И. В. Анализ трудностей овладения правописанием умственно отсталыми учащимися с нарушением зрения//Дефектология. — 1978.— № 5.

4. Певзнер М. С., Бертынь Г. П., Мареева Р. А. Комплексное изучение детей со сложными сенсорными дефектами//Дефектология. — 1979. — № 4.

5. Учащиеся вспомогательной школы: (Клинико-психологическое изучение)/ Под ред. М. С. Певзнер, К- С. Лебединской. — М., 1979, — С. 135—158.

ГЛАВА VIII. УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ АНОМАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В СССР

1. Общественное положение аномальных детей

и принципы организации системы специальных учреждений

История общественного воспитания и обучения аномальных детей в России по существу начинается со второй половины XIX века. До Великой Октябрьской социалистической революции организованным обучением и воспитанием абсолютное большинство детей с отклонениями в развитии охвачено не было. Так, к началу 80-х годов XIX века в России было только одно С.-Петербургское училище для слепых, три училища для глухих — в Петербурге, Москве и Варшаве и несколько приютов и частных школ для

умственно отсталых детей, в которых воспитывалось, обучалось или призревалось не более двух тысяч воспитанников.

К началу XX века только в двух вспомогательных школах оказывалась логопедическая помощь детям. Вместе с тем, по данным конца XIX века, количество слепых в России составляло почти 250 тыс. человек, глухих 150 тыс., количество слабоумных в тяжелой степени, т. е. нуждающихся в общественной помощи, достигало 200 тыс.

Проблема обучения и воспитания аномальных детей впервые обсуждалась в 1896 году на 2-м съезде представителей профессионального и технического образования, где была создана секция признания и обучения слепых, глухонемых и ненормальных детей. Здесь рассматривались вопросы общественного положения аномальных детей в России, привлечения внимания правительства и общественности к воспитанию глухих, слепых и умственно отсталых детей, расширения сети специальных учреждений и улучшения их состояния. Работа этой секции представляла собой по существу первый в России съезд дефектологов. Участники съезда подтвердили, что забота об аномальных детях — долг общества. Они определили не только основные формы помощи этим детям, но и типы, структуру учреждений для них — как школьных, так и дошкольных. При решении этих вопросов был учтен опыт работы зарубежных учреждений для аномальных детей.

Решения съезда по проблемам признания, лечения и обучения аномальных детей стали программой деятельности всей русской общественности по оказанию столь необходимой им помощи.

Однако в условиях царской России не представлялась возможной реализация этой программы и в деле организации обучения и воспитания аномальных детей, развития системы специальных учреждений для них не произошло каких-либо существенных изменений.

В дальнейшем передовыми представителями врачебной и педагогической общественности России конца XIX — начала XX века на

различных форумах не раз ставились вопросы воспитания и обучения аномальных детей. Появилось много замечательных энтузиастов, проявивших немало ценных пропагандистских инициатив, обогативших теоретические и практические основы специального обучения и воспитания, осуществивших ряд важных организационных мероприятий по оказанию помощи аномальным детям. В этот период был внесен определенный вклад в дело организации специальных учебно-воспитательных учреждений. Однако эти специальные учреждения не входили в государственную систему народного образования и обслуживали лишь малую часть детей из числа нуждающихся в специализированной помощи. Учебно-воспитательные задачи этих учреждений были крайне ограничены. Воспитание и обучение детей с дефектами развития строилось на филантропической основе, а острые проблемы развития системы специальных учреждений оставались нерешенными.

После Октябрьской революции Советское государство взяло на себя заботу об учреждениях для аномальных детей, передав их в ведение Народного комиссариата просвещения. Таким образом, обучение и воспитание детей с недостатками физического и умственного развития стало составной частью единой государственной системы народного образования. Все мероприятия государства, направленные на борьбу с беспризорностью, дефективностью, на их профилактику, на общее оздоровление подрастающего поколения, назывались в те годы «охраной детства». В новом государстве не должно быть обездоленных, «ничьих» детей. В документах того времени, посвященных этой проблеме, подчеркивалась необходимость выделения аномальных детей в особые школы и вспомогательные группы.

Эти детские учреждения строились на трудовых началах, в условиях самообслуживания изживался филантропический инвалидный взгляд на роль специальных заведений для аномальных детей. Социальное воспитание пришло на смену социальному призрению. Против замкнутой системы воспитания этих детей выступил Л. С. Выготский. Сеть учреждений для

аномальных интенсивно росла: создавались детские дома, школы, приемники, распределители и другие учреждения.

В 1920 году открылся I Всероссийский съезд по борьбе с детской дефективностью, на котором в числе других обсуждались вопросы организации дифференцированной сети специальных учреждений и основные принципы построения в них учебно-воспитательного процесса.

Н. К. Крупская проявляла заботу об аномальных детях, подчеркивала необходимость и важность создания сети учебно-воспитательных заведений для детей с дефектами физического и умственного развития.

Были приняты важные правительственные постановления, направленные на обеспечение школьного всеобуча аномальных детей в единой системе народного образования, к созданию дифференцированной системы специальных учебно-воспитательных учреждений, подготовки для них квалифицированных кадров.

В ходе реализации этих постановлений решались основные вопросы работы специальных школ: классификация аномальных детей, типология специальных учебно-воспитательных учреждений, совершенствование содержания и методов учебно-воспитательной работы, подготовка аномальных детей к общественно полезному труду.

Дифференцированная система специальных учреждений для аномальных детей в данное время включает не только школьные, но и дошкольные, а также различные вечерние учебные заведения для взрослых глухих и слепых.

Большая часть специальных учреждений — школы-интернаты, где дети находятся на полном государственном обеспечении. Учителя-дефектологи получают двадцатипроцентную надбавку к заработной плате с учетом особой специфики и сложности их труда.

После получения общего среднего образования выпускники с нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата могут получить образование в соответствующих их возможностям средних и

высших учебных заведениях. В специальных школах обеспечивается подготовка, позволяющая после ее окончания продолжать профессиональное образование без отрыва от трудовой деятельности.

Сеть специальных учреждений соответствует разработанным в советской дефектологии принципам дифференциированного обучения аномальных детей. На эти учреждения распространяются принципы организации учреждений общей системы народного образования в нашем государстве.

Однако, осуществляя обучение и воспитание в специальных учреждениях в соответствии с принципами общей педагогики, дефектология учитывает особенности аномальных детей и конкретизирует общие подходы к организации обучения и воспитания лиц с различными отклонениями в психофизическом развитии.

Важными принципами построения системы специальных учреждений являются ее государственный характер, единство, всеобщность, общедоступность и обязательность обучения. Это означает, что все специальные учебные заведения, входящие в общую государственную систему народного образования, создаются на единых началах, которые обеспечивают общие цели подготовки аномальных детей. Закон о всеобщем и обязательном обучении полностью распространяется на детей с отклонениями в развитии. Сеть специальных школ, обеспеченная соответствующими учебными планами, программами и специальными учебниками, способствует реализации этого закона. Все аномальные дети, нуждающиеся в особых условиях воспитания и обучения, имеют право поступить в специальные учреждения независимо от пола и социального положения.

Одним из ведущих является принцип дифференциированноеTM системы учреждений для аномальных детей. Все вышеназванные категории детей с дефектами развития существенно отличаются друг от друга, обладают неповторимыми психофизическими особенностями и своеобразием

личности. Каждая группа этих детей нуждается в особой организации их воспитания и обучения, в различных методах коррекционно-воспитательной работы.

Для каждой категории аномальных детей созданы специальные учреждения: детские сады и школы для слепых и слабовидящих, дошкольные и школьные учреждения для глухих и слабослышащих, специальные дошкольные учреждения и вспомогательные школы-интернаты для умственно отсталых, детские сады к школы для детей с тяжелыми нарушениями речи и др.

Сеть специальных учреждений в нашей стране организуется в соответствии с принципом учета возрастных особенностей аномальных детей. По возрастным данным все учреждения для лиц с аномальным развитием делятся на три типа:

- 1) дошкольные учреждения (детские сады, детские дома для дошкольников, дошкольные отделения при спецшколах, группы при массовых детских садах);
- 2) школы и школы-интернаты для различных категорий аномальных детей;
- 3) вечерние школы для взрослых, производственно-технические училища, техникумы (или специальные группы при обычных техникумах).

Все учреждения для аномальных детей работают над реализацией задач общеобразовательной и профессиональной подготовки. Принцип сочетания общеобразовательного и профессионально-трудового обученияложен в основу работы специальных школ. Изучение основ наук сочетается в специальных школах с практической трудовой подготовкой и овладением определенной трудовой профессией.

Учебные планы всех специальных школ включают профессионально-трудовое обучение, которому в часах отводится значительное место, а производственная практика на предприятиях способствует совершенствованию трудовой подготовки аномальных детей.

Профессионально-технические училища готовят квалифицированных рабочих. Профилирование труда, выбор профессии осуществляется с учетом психофизических особенностей и возможностей детей.

Подготовка детей с отклонениями в развитии к самостоятельной трудовой жизни в обществе ставит перед специальными учреждениями задачу строить учебно-воспитательный процесс по типу массовых школ, но с учетом особенностей воспитанников, обусловленных дефектом. Социальная адаптация и реабилитация аномальных детей, их дальнейшее обучение, совершенствование и развитие во многом зависят от организации работы специальных учреждений на основе принципа учета особенностей обучения этих детей в соответствии с требованиями массовой школы. Руководствуясь этим принципом, специальные учреждения стремятся, исходя из возможностей детей с отклонениями в развитии, приблизить их общеобразовательную подготовку к соответствующим требованиям обучения в массовой школе.

Овладение определенным объемом знаний, умений и навыков аномальными детьми в сравнении с учениками массовой школы занимает по времени более длительный период. Чтобы получить общеобразовательную подготовку в объеме 8 классов массовой школы, глухие дети учатся 12 лет. При этом они в 9—12 классах получают производственную подготовку по определенной специальности. Дальнейшее образование (полное среднее, соответствующее 10 классам массовой школы) глухие имеют возможность получить в специальной вечерней школе.

Слепые и слабовидящие дети, обучаясь по программам массовой школы, успешно овладевают общеобразовательной подготовкой в объеме массовой десятилетки за 11 лет обучения в специальной школе.

2. Типы учреждений для аномальных детей

Специальные учебно-воспитательные учреждения осуществляют обучение детей и взрослых с различными аномалиями слуха, зрения, речи,

интеллекта, движений, а также детей с комплексными нарушениями развития. Большая часть этих учреждений находится в системе республиканских министерств народного образования (специальные детские сады и школы, специальные вечерние школы для взрослых), некоторые относятся к системе министерств социального обеспечения (детские дома для глубоко умственно отсталых детей и для слепоглухонемых), а отдельные подведомственны министерствам здравоохранения (школы-санатории для детей с нарушениями психического развития, клиники для детей и взрослых с нарушениями речи и логопедические кабинеты при поликлиниках).

В специальных учебно-воспитательных учреждениях аномальные дети получают в зависимости от типа школ начальное, восьмилетнее, а некоторые—среднее образование.

Обучение и воспитание детей с нарушениями слуха осуществляется в двух типах специальных школ-интернатов: для глухих детей, для слабослышащих и позднооглохших детей (в двух отделениях).

Специальные общеобразовательные школы-интернаты для глухих детей являются учебно-воспитательными учреждениями, решающими задачи воспитания, общеобразовательной и трудовой подготовки глухих школьников, а также коррекции и компенсации недостатков их развития. Эти школы имеют в своем составе 1—12 классы и подготовительный класс для детей, не получивших организованную дошкольную подготовку к обучению в школе. В 1 класс принимаются дети семилетнего возраста, а в подготовительный — шестилетки. Глухие дети, обучаясь в школе-интернате, получают образование в объеме восьмилетней общеобразовательной школы. Учащиеся выпускного 12 класса сдают экзамены, и им выдается свидетельство о восьмилетнем образовании.

Школа-интернат для глухих детей, учитывая особенности их развития, решает общие с общеобразовательной школой задачи воспитания и обучения, дает общеобразовательную, политехническую и трудовую подготовку. Особое внимание уделяется формированию и развитию

словесной речи и словесно-логического мышления, а также развитию остаточного слуха, коррекционной и компенсаторной работе.

Работа по формированию и развитию внятной устной речи глухих учащихся, расширению активной речевой практики осуществляется на всех уроках и во внеклассное время.

Разнообразная трудовая деятельность учащихся от самообслуживания и уроков предметно-практического обучения до уроков трудовой подготовки занимает ведущее место в учебно-воспитательной работе.

Обучение с 1 по 7 класс ведется по специальным учебным программам и учебникам, а с 8 по 12 класс — по программам и учебникам массовой школы (соответственно предназначенным для 5—8 классов). Предельная наполняемость классов в школе глухих — 12 человек.

Трудовое обучение глухих детей начинается с 12-летнего возраста в группах производственно-трудовой подготовки с наполняемостью 5—7 человек.

При наличии соответствующего контингента в школе организуются классы для глухих детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата (1—12 классы) и классы для умственно отсталых (в степени дебильности) глухих детей (1—9 классы). Наполняемость таких классов — 5—7 детей.

Лечебно-профилактическая, восстановительная, санитарно-гигиеническая и консультационная работа в школе-интернате проводится врачами-специалистами (оториноларинголог, психоневролог, педиатр) и медсестрами. Эта работа направлена на максимальное сохранение остаточного слуха детей. Она включает наблюдение за динамикой слуховой функции каждого учащегося, рекомендации к применению звукоусиливающей аппаратуры.

Специальные общеобразовательные школы-интернаты для слабослышащих и позднооглохших детей являются учебно-воспитательными учреждениями, осуществляющими воспитание, общеобразовательную и

трудовую подготовку, преодоление последствий снижения слуха и речевого недоразвития данной категории детей.

Учебно-воспитательная работа в этих школах направлена на решение общеобразовательных задач и обеспечение профессиональной подготовки. Решение этих задач в условиях специального обучения способствует преодолению последствий снижения слуха — речевого недоразвития и связывается с формированием, развитием и коррекцией словесной речи как средства общения и орудия мышления. Методы, применяемые учителями и воспитателями, должны стимулировать детей к активной речевой деятельности, развитию слухового восприятия и навыков чтения с губ. Все классы школы оснащены звукоусиливающей аппаратурой, помогающей более эффективному восприятию материала урока и улучшающей произношение учащихся. Коррекционная работа по преодолению речевого недоразвития и обусловленных им специфических особенностей общего психического развития проводится на всех уроках и во внеклассное время.

Школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших принимает детей от 7 лет и имеет два отделения. Первое — для детей с легким недоразвитием речи вследствие нарушения слуха. Это дети, практически владеющие речью с небольшими речевыми дефектами: недостатками произношения, незначительными нарушениями фонематического и грамматического строя речи, звукобуквенного состава слов. Срок обучения в первом отделении — 10 лет (1—10 классы).

Второе отделение — для детей с глубоким недоразвитием речи в результате нарушения слуховой функции. У таких детей при ограниченном запасе слов и крайне искаженном произношении грубо нарушен грамматический строй речи. Обучение продолжается 12 лет (с 1 по 7 класс по специальным программам и учебникам, а дальше по программам и учебникам 5—8 классов массовой школы).

В школе для слабослышащих выпускники первого и второго отделений (соответственно за 10 и 12 лет) получают образование в объеме

восьмилетней общеобразовательной школы. При первом отделении организуются 11—12 классы, что позволяет выпускникам получить среднее образование, а при втором отделении в случае необходимости создаются дошкольные группы для детей 4— 6-летнего возраста. Наполняемость классов —12 человек.

При школах для слабослышащих и позднооглохших с осложненными дефектами при первом или втором отделении (в зависимости от уровня речевого развития) могут быть открыты классы для учащихся, имеющих наряду с дефектами слуха нарушения опорно-двигательного аппарата или интеллекта.

Для детей с дефектами слуха дошкольного возраста организованы специальные дошкольные учреждения. Работа этих учреждений, комплектуемых с учетом речевой подготовки, состояния слуха и возраста, наряду с общими разделами воспитания включает формирование речи, произношения, компенсацию и коррекцию недостатков развития.

Дети с глубокими нарушениями зрения обучаются в школе- интернате для слепых и школе-интернате для слабовидящих. Первый тип специального общеобразовательного, лечебно-восстановительного учреждения предназначен для воспитания и обучения слепых детей с полной потерей зрения (они составляют 6—8%) или имеющих остаточное зрение (до 0,04 нормального зрения).

Абсолютно (тотально) слепые дети пользуются в учебной работе тактильно-кинестетическим и слуховым способами восприятия учебного материала и ориентации в пространстве.

Частичновидящие учащиеся с остротой зрения в пределах от 0,01 до 0,04 в основном пользуются зрительно-тактильно-кинестетическим и слуховым способами восприятия и ориентации.

Учитывая огромное значение остаточного зрения для психического и физического развития этих детей, в школах создаются оптимальные условия, позволяющие многим из них пользоваться зрением при некоторых видах

работ. Это способствует развитию функции остаточного зрения и повышению возможностей зрительного восприятия (при некоторых клинических формах нарушения зрения). Учащиеся этой школы находятся под постоянным наблюдением врача-офтальмолога, психоневролога и педиатра. Организованы два типа школ-интернатов для слепых детей: десятилетняя, дающая образование в объеме восьмилетней общеобразовательной школы, и двенадцатилетняя, дающая общее среднее образование. Наполняемость классов — 12 человек.

В школе для слепых дети получают политехническое образования и профессиональную подготовку.

Содержание обучения в школе для слепых детей в основном соответствует содержанию обучения в массовой школе, с некоторым увеличением времени на изучение программного материала. Вместе с тем ряд дисциплин (физвоспитание, производственная подготовка, рельефное рисование и черчение и др.) имеет специальные программы.

Групповые и индивидуальные занятия по лечебной гимнастике, ритмике, исправлению речи и других недостатков развития необходимы для подготовки к усвоению программного материала. Коррекционно-воспитательная работа направлена на преодоление вторичных отклонений в развитии слепых детей и осуществляется с помощью специальных приемов обучения, специального оборудования, учебных пособий и тифлотехнических средств.

Обучение общеобразовательным предметам ведется по учебникам массовой школы, напечатанным рельефно-точечным шрифтом. Трудовое и профессиональное обучение проводится в учебно-производственных мастерских, оборудованных специальными рабочими инструментами, приспособлениями и машинами.

Особое коррекционно-воспитательное значение имеют для слепых детей контакты и совместная деятельность со зрячими детьми и взрослыми.

В школах-интернатах для слабовидящих детей обучаются и воспитываются дети с остротой зрения 0,05—0,4 на лучше видящем глазу, а также дети с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях и другими характерными особенностями слабого зрения.

К школам-интернатам для слабовидящих относятся десятилетние общеобразовательные политехнические школы, соответствующие массовым восьмилетним, и двенадцатилетние средние политехнические школы с производственным обучением, обеспечивающие подготовку в объеме массовой средней школы.

В школах для слабовидящих детей осуществляются всестороннее психофизическое коррекционное развитие учащихся, компенсация последствий зрительных нарушений, охрана, укрепление и возможное восстановление неполноценного зрения в условиях щадящего режима.

Успех обучения и воспитания слабовидящих детей зависит от условий зрительной работы. В классе используются специальный учебный и наглядный материал, специальные оптические и технические средства и методы обучения, направленные на коррекцию искаженных зрительных представлений детей. Школьное оборудование приспособлено к индивидуальным особенностям зрения детей: повышенное освещение (но не более 500 лк), специальная конструкция парт с подвижной наклонной крышкой, учебники массовой школы, напечатанные более крупным шрифтом, тетради с особой разлиновкой. Количество учащихся в классе не должно превышать 12 детей.

При школах-интернатах для слабовидящих по мере необходимости организуются классы для слепых детей, а в школах-интернатах для слепых — соответствующие классы для слабовидящих. В школах смешанного типа обучение слепых и слабовидящих детей осуществляется в раздельных классах.

Слепые и слабовидящие дети с нарушением интеллекта обучаются во вспомогательных классах, созданных при соответствующих школах-интернатах.

Дошкольное воспитание детей с тяжелыми нарушениями зрения ведется в специальных детских садах, главной задачей которых является компенсация зрительного дефекта и преодоление его последствий. Эти учреждения воспитывают, лечат, по возможности восстанавливают и развиваются нарушенные функции зрения у детей, готовят их к обучению в специальной школе.

Логопедические учреждения для детей с речевыми нарушениями относятся к системе народного образования и здравоохранения. В поликлиниках работают слухоречевые и логопедические кабинеты, куда обычно обращаются дети дошкольного возраста и взрослые. Специальные занятия, в процессе которых устраняются различные речевые нарушения, проводят специалисты с высшим педагогическим образованием— учителя-логопеды.

К специализированным лечебно-учебным учреждениям Министерства здравоохранения, оказывающим помочь дошкольникам и школьникам с тяжелыми речевыми нарушениями (различными формами алалий и афазий, дизартрий и ринолалий, аграфий и дисграфий, заикания и пр.), принадлежат логопедические стационары при психоневрологических больницах. В этих учреждениях групповая и индивидуальная логопедическая работа проводится учителями-логопедами с учетом характера и причин речевого нарушения, особенностей психического развития детей. Эффективности логопедической работы способствуют медикаментозные, психотерапевтические и физиотерапевтические мероприятия. Такое комплексное коррекционное лечебно-педагогическое воздействие на речевые нарушения продолжается в течение длительного времени: от 3 месяцев до года.

Большая часть детей, страдающих патологией речи, получает помощь в системе учреждений народного образования. Это специальные логопедические детские сады или логопедические группы при обычных детских садах, где коррекция недостатков речи начинается с раннего возраста.

Широкое распространение в системе народного образования получили специальные учреждения для учащихся массовых школ с различными речевыми нарушениями, отрицательно отражающимися на их успеваемости. Для таких детей организуются логопедические пункты в одной или нескольких массовых школах района с целью оказания логопедической помощи всем нуждающимся в ней школьникам данного района. Учитель-логопед проводит логопедическое обследование учащихся массовых школ, относящихся к его логопункту. Кроме выявленных при обследовании на логопедический пункт принимаются дети с недостатками речи по направлению врачей районной поликлиники, учителей, просьбе родителей. На групповых, реже индивидуальных занятиях учитель-логопед работает над устранением недостатков устной и письменной речи, различных характерных речевых нарушений (недостатков произношения, чтения, письма, заикания, общего недоразвития речи и пр.). Группы подбираются в соответствии с характером речевого нарушения. Индивидуальные занятия рассчитаны на детей, не подготовленных к работе в группе. Занятия проводятся регулярно три раза в неделю в контакте с родителями и учителями и заканчиваются после устранения недостатков речи у учащихся.

Дети с тяжелым аномальным речевым развитием при нормальном слухе и первично сохранным интеллекте обучаются в специальных учебно-воспитательных учреждениях — школах-интернатах для детей с тяжелыми нарушениями речи. Вследствие речевой патологии эти дети не могут учиться в массовой школе и требуют специально организованных условий обучения. В школах-интернатах для детей с тяжелыми нарушениями речи, являющихся общеобразовательными учебными заведениями, обучаются дети,

страдающие алалией, афазией, тяжелой дизартрией и дислалией, алексией, аграфией, резко выраженной дисграфией и тяжелой формой заикания.

В первом отделении школы — с одиннадцатилетним сроком обучения (1—11 классы) и с подготовительным классом для детей, не прошедших специальной дошкольной подготовки, учатся дети с тяжелым общим недоразвитием речи, характеризующимся разнообразными отмеченными выше речевыми нарушениями.

Во втором отделении — с девятилетним сроком обучения (1 — 9 классы) — учатся дети только с тяжелой формой заикания при нормальном общем развитии других сторон речи. Наполняемость классов — 12 человек.

Учащиеся данной школы-интерната (первого и второго отделений) получают образование в объеме восьмилетней общеобразовательной школы.

Главная задача школы-интерната состоит в коррекции дефектов устной и письменной речи, отклонений в психическом и физическом развитии учащихся, закреплении речевых навыков, активизации речевых форм общения.

Состав учащихся школы-интерната в конце каждого учебного года пересматривается. Педагогический совет школы на основании заключения медико-педагогической комиссии решает вопрос о переводе некоторых учащихся в массовую школу (по мере устранения, ослабления речевого дефекта) или специальную школу другого типа. Дело в том, что в данный тип специального учреждения могут быть направлены дети с речевым недоразвитием вторичного характера, вызванного снижением слуха или интеллекта. В таких случаях необходимо немедленное содействие администрации школы-интерната переводу этих детей в соответствующие учреждения.

Умственно отсталые дети составляют наиболее значительную категорию аномальных детей и в зависимости от степени и характера интеллектуального недоразвития обучаются в специальных учебно-

воспитательных учреждениях, входящих в систему народного образования или социального обеспечения.

В нашей стране создана дифференцированная система специальных дошкольных учреждений для умственно отсталых детей.

В системе народного образования функционируют специальные детские сады и специальные детские дома, а также дошкольные группы при специальных школах-интернатах для умственно отсталых детей. В эти дошкольные учреждения принимаются дети с диагнозом «олигофрения в степени дебильности неосложненной формы», в возрасте от 4 до 8 лет. Основная цель этих учреждений — физическое, умственное и нравственное развитие, а также подготовка к обучению во вспомогательной школе с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка. Коррекционно-воспитательная работа в дошкольном учреждении направлена на преодоление и предупреждение дефектов развития.

Дети дошкольного возраста с глубокой степенью умственной отсталости (в степени имбецильности) или осложненной формой дебильности (детским церебральным параличом, выраженным психопатоподобным поведением, болезнью Дауна, шизофренией и др.) направляются в учреждения системы социального обеспечения (специальные интернаты) или в систему здравоохранения (специальные ясли для детей с органическим поражением, центральной нервной системы, специальные психоневрологические санатории для детей с поражением центральной нервной системы).

Для умственно отсталых детей школьного возраста открыты специальные общеобразовательные школы-интернаты (вспомогательные школы), которые относятся к системе народного образования. В них обучаются дети со снижением интеллекта в степени дебильности. За 9 лет обучения вспомогательная школа обеспечивает учащимся всестороннее развитие, воспитание, общеобразовательную подготовку (примерно в объеме начальной массовой школы), профессионально-трудовое обучение и

овладение доступными профессиями. Трудовое обучение занимает значительное место в учебном времени и является одним из разделов работы школы по подготовке учащихся к самостоятельной жизни и общественно полезной деятельности. Обучение ручному труду в младших классах, профессионально-трудовое обучение старшеклассников по различным видам промышленного и сельскохозяйственного труда, производственное обучение в выпускном классе решают во вспомогательной школе специальные задачи социальной адаптации и реабилитации. Окончившие 9 класс сдают на предприятии, где проводилась практика, квалификационные экзамены по специальности и получают свидетельство о присвоении соответствующей квалификации.

Для детей с глубокими степенями умственной отсталости (имбецилы, идиоты) в системе социального обеспечения существуют детские дома с 4 до 18 лет.

Дети с наиболее тяжелой степенью умственной отсталости (идиоты) направляются также в колонии психохронников системы здравоохранения.

Умственно отсталые дети, страдающие психическими заболеваниями, в зависимости от состояния помещаются в детские психоневрологические стационары или в детские отделения психиатрических больниц.

В связи с реализацией задач дифференцированного обучения аномальных детей возникла проблема обучения детей с задержкой психического развития. Для них открыты специальные общеобразовательные школы-интернаты (школы с продленным днем), где осуществляется образование в объеме восьмилетней общеобразовательной школы. В эти школы принимаются дети в подготовительный и 1—2 классы. Наряду с общеобразовательной подготовкой здесь проводится комплексная лечебно-восстановительная, санитарно-гигиеническая, профилактическая работа, а также коррекционные групповые и индивидуальные занятия с целью преодоления недостатков психофизического развития, вызвавших неуспеваемость в массовой школе. Важное значение в работе с такими

детьми имеет принцип дифференцированного подхода на основе данных психолого-педагогического и клинического изучения ребенка.

Обучение ведется по специальным учебным планам и программам, обеспечивающим полный объем восьмилетнего образования массовой школы.

Структура начальных классов строится в двух вариантах в зависимости от опыта обучения в массовой школе: первый вариант — для детей, ранее не обучавшихся в школе (подготовительный, 1, 2 и 3 классы), второй вариант — для детей, обучавшихся в школе (2, 3 и дополнительный классы).

В старших классах для усвоения полного объема восьмилетней общеобразовательной школы после пятилетнего обучения (4—8 классы) предусмотрен дополнительный класс.

После окончания начального обучения и по мере коррекции дефектов развития дети могут переводиться в массовую общеобразовательную школу. В случаях стойких форм задержки психического развития дети остаются в специальной школе на весь срок обучения. Вопрос о переводе в случае необходимости в другие типы специальных школ для детей с недостатками физического или умственного развития решается после одного года обучения в данной школе на основании заключения медико-педагогической комиссии.

В отдельных случаях для детей с сохранными возможностями интеллектуального развития, но сниженной умственной работоспособностью и повышенной истощаемостью из-за недостаточности темпа и подвижности психических процессов, слабой памяти и внимания открываются специальные классы выравнивания при общеобразовательных (массовых) школах.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата обучаются в специальных школах-интернатах. Эти учреждения, являясь учебно-воспитательными и лечебно-оздоровительными, делятся на два типа: девятилетние с подготовительным классом (образование в объеме

восьмилетней массовой школы) и одиннадцатилетние с подготовительным классом (образование в объеме средней массовой школы).

Обучение, воспитание и лечение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведется с учетом состояния здоровья, двигательных возможностей, медицинских рекомендаций.

Лечебно-оздоровительную и восстановительную работу ведут врачи-специалисты (ортопед, психоневролог, педиатр, физиотерапевт), инструктор-методист лечебной физкультуры, массажист, логопед. Эта комплексная лечебная работа направлена на максимальное восстановление функциональных возможностей учащихся, на подготовку их к трудовой деятельности.

Консультативно-лечебную и методическую помощь школе оказывают районные психоневрологические и ортопедотравматологические учреждения. Отделы социального обеспечения снабжают учащихся протезами и ортопедическими изделиями.

В школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляется трудовая терапия, направленная на восстановление или компенсацию двигательных нарушений. Занятия по труду ведутся с учетом двигательных и познавательных возможностей учащихся. Рабочее место в мастерских для занятий по труду оборудуется с учетом возможностей детей, имеющих различные нарушения двигательных функций.

В каждом классе предусмотрены индивидуальные занятия по коррекции имеющихся нарушений, которые систематически проводят учителя школы-интерната. В расписание включены групповые и индивидуальные занятия по лечебной гимнастике и с учителем-логопедом.

Обучение осуществляется по учебным программам массовой школы. Трудовое обучение и занятия физкультурой ведутся по специальным программам.

Продолжительность уроков в подготовительном и 1 классах сокращена до 30—35 мин. В середине каждого урока проводятся пятиминутные

физические и лечебно-корригирующие упражнения. Количество учащихся в классе и воспитательной группе — 16 человек. По мере восстановления здоровья решением медико-педагогической комиссии учащиеся могут переводиться в массовую школу.

Для умственно отсталых детей в степени дебильности с нарушением опорно-двигательного аппарата при школе организуются специальные вспомогательные классы. В этих классах обучение ведется по программам вспомогательной школы в течение восьми лет.

Для детей в возрасте от 2 до 7 лет организуются специальные детские дошкольные учреждения. В этих учреждениях они получают общее развитие, корригирующее воспитание, восстановление нарушенных функций, готовятся к обучению в школе.

Обучение слепоглухонемых детей в нашей стране осуществляется в специальном учреждении — детском доме г. Загорска Московской области, относящемся к системе социального обеспечения. Это единственное подобное учреждение в СССР и одно из немногих в мире. Здесь одновременно обучается 50 детей: totally слепоглухонемых, практически слепоглухонемых, слабовидящих глухонемых и слабослышащих слепых (с нормальным интеллектом).

Изучение, воспитание и обучение этих детей по специальной методике с использованием специальных технических средств осуществляется тифлосурдопедагогами и педагогами различных специальностей. Они разрабатывают методы и формы специального обучения, готовят программы и учебные пособия, конструируют специальные технические средства общения, обучения и быта, определяют пути трудовой реабилитации и социальной адаптации слепоглухонемых. В их задачу входит реализация потенциальных возможностей общего и языкового развития слепоглухонемых в процессе специального обучения. К ребенку, активно использующему сохранную или искусственную словесную речь в звуковой или дактильной форме, применяется термин «слепоглухой».

Занятия с воспитанниками детского дома проводятся по группам в 3—4 человека, подобранным по степени их физического, умственного и языкового развития. Каждая группа посменно обслуживается тремя педагогами, т. е. на каждого учащегося приходится по одному педагогу. Воспитанники детского дома требуют постоянного наблюдения и опеки со стороны обслуживающего персонала. В тесном контакте с педагогами и воспитателями работают специалисты-врачи: педиатр, офтальмолог, оториноларинголог, невропатолог.

В структуру детского дома входит диагностическая группа для вновь поступающих, дошкольное отделение и школа. В учебных группах школы учащиеся получают образование в пределах 12 классов школы глухих или для некоторых выпускников, занимающихся по соответствующей программе, — в объеме 10 классов массовой школы. Поступив с 3 лет в диагностическую группу, воспитанники заканчивают обучение к 19—20-летнему возрасту.

В учебно-трудовых группах школы осуществляется профессиональная подготовка учащихся. Школьники с 16-летнего возраста, продолжая обучение, выполняют надомную работу в мастерских детского дома по линии учебно-производственных предприятий Всероссийского общества слепых (ВОС), получая общие трудовые навыки и трудовой стаж для пенсии по инвалидности.

После окончания школы большинство воспитанников оформляется на учебно-производственное предприятие ВОС и живет в общежитии этого предприятия. В учебно-трудовые группы предусмотрено поступление взрослых слепоглухонемых.

В последние годы Загорский детский дом из детского специального учебно-воспитательного учреждения превратился в центр специальной помощи слепоглухонемым в нашей стране.

Воспитанники специального детского дома к началу самостоятельной трудовой деятельности способны к самообслуживанию, овладевают

трудовыми навыками и в значительной степени независимы от посторонней помощи.

3. Принципы и организация комплектования учреждений для аномальных детей

Одной из проблем перестройки системы специального обучения является отбор аномальных детей в специальные школы и дошкольные учреждения, т. е. научно обоснованное и организационно совершенное их комплектование. Правильное комплектование специальных учебно-воспитательных учреждений зависит от квалифицированного дифференцированного подхода к отбору детей с различными аномалиями в развитии, препятствующими обучению в массовой школе. Ошибочное направление ребенка в учреждение, не соответствующее отклонениям его развития, приводит не только к затруднениям и отрицательным последствиям в обучении и воспитании, но и может нанести непоправимый вред всей его дальнейшей жизни и участию в общественно полезном труде. Поэтому исследования особенностей развития аномальных детей призваны способствовать совершенствованию теории и практики отбора в соответствующий тип специального учреждения. Эта проблема имеет важное значение и для совершенствования работы массовых школ и детских садов, так как некомпетентный отбор детей и неудовлетворительная диагностика аномального развития приводят к необоснованному обучению в условиях массовой школы детей, нуждающихся в направлении в специальные учреждения. Содержание этих детей в массовой школе, с одной стороны, затрудняет и дезорганизует учебно-воспитательную работу педагогов с нормальными детьми, а с другой — обрекает детей с отклонениями в развитии на бессмысленную потерю времени в условиях, неадекватных их возможностям.

Вместе с тем в ряде случаев дети с отставанием в развитии могли бы успешно обучаться в массовой школе при условии предварительного воспитания и обучения (в течение 1—2 лет) в специальном детском саду или

школе для детей с задержкой психического развития.

Система рационального комплектования специальных учреждений находится в прямой зависимости от методов ранней дифференцированной диагностики аномалий развития. Задачи организации комплектования учреждений для аномальных детей на уровне современных требований не ограничиваются учетом лишь ярко выраженных дефектов: глухоты, слепоты, грубых нарушений умственного развития. Школы для слабослышащих, слабовидящих, для детей с нарушениями речи, двигательными расстройствами, имеющие соответствующие отделения, являются свидетельством развития дифференцированной сети специальных учреждений. Однако сегодня система комплектования специальных учреждений для аномальных детей нуждается в дальнейшем развитии, что требует совершенствования уровня диагностики различных дефектов.

Так, достигнуты значительные успехи в методах выявления и оценки нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата на ранних этапах развития ребенка. Наряду с этим в диагностике нарушений умственного развития мало что изменилось за последние несколько десятилетий, хотя дети с нарушениями интеллектуального развития составляют 80% всех аномальных детей, а при нарушениях слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата все чаще отмечаются и недостатки умственного развития в качестве дополнительного дефекта. В этом случае имеет место осложненный дефект, а не его вторичное проявление в виде нарушения интеллекта.

Комплектование специальных учреждений затрудняет также сходные проявления в познавательной деятельности детей, наблюдаемые при различных дефектах развития. Например, недоразвитие речи и в целом познавательной деятельности у детей с нарушением слуховой функции может неоправданно диагностироваться как умственная отсталость или тяжелое речевое нарушение (алалия или афазия). Ошибочное направление таких детей во вспомогательную школу или школу для детей с тяжелыми

нарушениями речи приведет к заметному ухудшению их психического состояния и замедлению развития. Особую трудность представляет собой ограничение умственно отсталых детей от детей с задержкой психического развития.

Основными общими принципами комплектования учебно-воспитательных учреждений для аномальных детей являются следующие:

1. Комплексный подход к диагностике с участием различных специалистов: педагога-дефектолога, логопеда, психолога, врача-психоневролога или психиатра, оториноларинголога, офтальмолога и врачей других специальностей, если это необходимо. Обследование устанавливает характер психических отклонений, возможность поражения центральной нервной системы, определяет состояние зрения, слуха, речи, фиксирует особенности познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы ребенка.

Данные совместного медицинского, психологического и педагогического обследования, выявляя причины учебной неуспеваемости и разнообразных затруднений ребенка в условиях массовой школы, служат основанием для компетентного диагноза и последующего его направления в соответствующий тип специального учреждения.

2. Всесторонний системный анализ аномалий развития способствует правильной диагностике. Такое исследование предполагает изучение причин аномального состояния и структуры дефекта (зависимость, взаимосвязь, взаимообусловленность его проявлений), так как отдельные проявления и симптомы не дают полной картины дефекта развития у ребенка. В процессе обследования выделяются его первичные и вторичные признаки, обнаруживается степень того или иного нарушения развития, анализируются особенности познавательных процессов, речи, пространственной ориентировки, физическое состояние, чувствительность органов, быстрота реакций, личностные качества, работоспособность, наличие учебных знаний и навыков.

3. Динамический подход с учетом процесса развития ребенка. Он означает длительное наблюдение за характером его развития, тщательный анализ истории этого развития. Принцип динамичности изучения ребенка открывает его потенциальные возможности, т. е. не только уровень настоящего состояния возможностей обследуемого, но и зону ближайшего развития.

4. Качественный анализ особенностей деятельности ребенка по выполнению диагностических заданий. В этом случае важно обратить внимание, как ребенок понимает задание, насколько он самостоятелен, как использует предложенную помощь. Качественный подход к различным видам деятельности ребенка исключает чисто количественную оценку результатов, которая реализуется при изолированном применении психологических тестов.

5. Индивидуальный подход к ребенку в процессе обследования, создание спокойной, доброжелательной обстановки, помогающей ребенку раскрыть свои индивидуальные особенности. Необходимо учитывать его состояние, настроение, готовность пойти на контакт. Следует принять меры к преодолению беспокойства, настороженности, замкнутости, нередко возникающей у детей в условиях обследования. Индивидуальный подход способствует предупреждению ошибочного диагноза.

Эти принципы обеспечивают достаточно высокий теоретический уровень задач комплектования учебно-воспитательных учреждений для аномальных детей, соответствуют основным методологическим позициям советской дефектологии.

Практическое комплектование специальных учреждений, т. е. отбор аномальных детей, производится медико-педагогическими комиссиями. Эти комиссии создаются на областном или, в зависимости от конкретных условий, городском и районном уровнях.

Квалифицированный отбор и комплектование специальных учреждений зависят от компетентности специалистов. В состав комиссии

входят: представители отдела народного образования и отдела здравоохранения, врачи (психоневролог или психиатр), педагог-дефектолог, логопед, психолог.

Дети с различными отклонениями в развитии (нарушениями слуха, зрения, речи, умственного развития, опорно-двигательного аппарата) направляются районными лечебными учреждениями, детскими садами, массовыми школами, родителями.

Комиссия рассматривает необходимую документацию: педагогическую характеристику ребенка, его письменные работы (для тех, кто обучается в школе), заключения педиатра о состоянии здоровья, психоневролога — об умственном развитии ребенка с соответствующим диагнозом и по необходимости — заключения других врачей-специалистов (оториноларинголога, офтальмолога, ортопеда).

Комплексное всестороннее обследование ребенка проводится в течение часа с помощью различных психолого-педагогических методов: беседы с ребенком, наблюдения за его игровой деятельностью, выявления знаний, умений и навыков, экспериментального исследования познавательных процессов. В специальных пособиях предлагаются экспериментальные методики психологического обследования.

На комиссии присутствуют родители ребенка, которые дают сведения об особенностях его развития (начиная с эмбрионального), наследственности, детских болезнях, поведении.

В итоге обследования и в результате комплексного обсуждения всеми специалистами данных обследования выносится обобщенное заключение комиссии. В нем характеризуются неврологическое, психологическое, физическое состояние ребенка, интеллектуальное, речевое развитие, школьная успеваемость и принимается решение о месте его обучения.

В особо сложных случаях с целью более точной диагностики умственного развития комиссия может направлять детей в специальный

диагностический класс, созданный при некоторых вспомогательных школах, где они проходят более длительное обследование.

В своей работе медико-педагогические комиссии руководствуются соответствующими инструкциями по приему аномальных детей в различные типы учреждений.

Действующие организационные формы комплектования специальных учреждений сложились много лет назад и в настоящее время нуждаются в существенной перестройке. Сегодня существует 8 основных типов специальных школ-интернатов и сеть дошкольных учреждений для аномальных детей, но принципы подхода к диагностике дефектов развития, методическая обеспеченность и организация медико-педагогических комиссий не изменились на протяжении долгого времени. Например, основным критерием первичного отбора детей во вспомогательную школу остается их неуспеваемость в массовой школе. Этот критерий не является определяющим и надежным, так как неуспеваемость учащегося, как известно, часто бывает вызвана различными причинами, не связанными с умственной отсталостью.

В настоящее время разрабатывается новое положение о медико-педагогических комиссиях, определяющее их функции, задачи и порядок работы. Оно будет дополнено инструктивно-методическими указаниями к проведению диагностики и отбора. Проект новой организации диагностики и отбора предусматривает создание постоянно действующих психолого-медико-педагогических консультаций на областном уровне, которые должны будут в период отбора в специальные детские учреждения функционировать как медико-педагогические комиссии, а на протяжении всего года осуществлять работу по диагностике, консультированию педагогов и родителей, оказанию помощи школам в работе с трудными детьми.

Правильное комплектование специальных школ во многом зависит от знания и понимания особенностей неуспевающих детей учителем начальных классов массовой школы.

Большое количество детей, направляемых из массовых школ на медико-педагогические комиссии, не нуждается в специальном обучении. Лишь незначительная часть из них оказываются действительно умственно отсталыми и требуют обучения во вспомогательной школе. Другие же псевдоаномальные дети, проявляя отставание в обучении и развитии, ошибочно рассматриваются как умственно отсталые из-за недостатка своевременной помощи и индивидуального подхода со стороны учителя начальной школы. Эти дети становятся отстающими по разным причинам: из-за речевого недоразвития, астенического состояния (физической и нервно-психической слабости, быстрой утомляемости, неусидчивости, сниженной работоспособности) и других недостатков.

Учителя начальной школы должны знать особенности этих детей. Необходимые знания они получают в курсе основ дефектологии, включенном в учебный план факультетов начальных классов, в дальнейшем на курсах повышения квалификации, а также самостоятельно изучая специальную литературу по дефектологии. Полученные знания по специальной педагогике помогут учителю начальной школы в успешной борьбе с неуспеваемостью, будут способствовать и квалифицированному своевременному выявлению аномальных детей с последующим направлением их в соответствующие типы специальных учреждений.

Вопросы и задания

1. Охарактеризуйте общественное положение аномальных детей в СССР.
2. Охарактеризуйте общие и специфические принципы организации системы специальных учебно-воспитательных учреждений для аномальных детей в СССР.
3. Назовите типы учреждений для аномальных детей в нашей стране.

4. Чем отличается организация учебно-воспитательного процесса и лечебной работы в различных типах учреждений для аномальных детей (на примере 2—3 типов специальных учреждений)?

5. Каковы основные принципы комплектования учреждений для аномальных детей?

6. Как организована работа медико-педагогической комиссии и каковы возможные пути ее совершенствования?

7. Почему учителю начальных классов массовой школы необходимо знать особенности развития аномальных детей?

Литература

1. В помощь директору специальной школы: Сб. руководящих и инструктивных материалов/Под ред. Г. Д. Кузнецова. — М., 1982.

2. Дефектологический словарь. — М., 1970.

3. Забрамная С. Д. Наглядный материал для психолого-педагогического обследования детей в медико-педагогических комиссиях. — М.Р 1985.

4. Лубовский В. И. Научные и практические проблемы работы медико-педагогических комиссий//Дефектология.— 1988.— № 1.

5. Основы обучения и воспитания аномальных детей. — М., 1965.

6. Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителей/Сост. Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. — М., 1983.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. Предмет, задачи, принципы и методы дефектологии	8
§ 1. Дефектология как отрасль педагогической науки	—
§ 2. Основные задачи дефектологии	16
§ 3. Основные принципы и методы дефектологии . .	18
Глава II. Аномальные дети (общая характеристика) . . .	21
§ 1. Понятие «аномальный ребенок» и особенности аномального развития	—

§ 2. Причины аномалий	29
§ 3. Политика Советского государства в области аномального детства	
32	
Глава III. Дети с нарушениями интеллектуального развития	
36	
§ 1. Умственно отсталые дети	—
§ 2. Обучение и воспитание умственно отсталых детей дошкольного	
возраста	39
§ 3. Вспомогательная школа и ее задачи	45
§ 4. Контингент учащихся вспомогательной школы	50
§ 5. Глубоко умственно отсталые дети	57
Глава IV. Дети с задержкой психического развития	60
§ 1. Понятие «задержка психического развития» и ее классификация	
— § 2. Общая психолого-педагогическая характеристика младших	
школьников с задержкой психического развития	64
§ 3. Некоторые особенности коррекционно-воспитательного процесса	
в школе для детей с задержкой психического развития	68
Глава V. Дети с сенсорными нарушениями	77
§ 1. Дети с нарушениями слуха	—
§ 2. Дети с нарушениями зрения	89
Глава VI. Дети с речевыми нарушениями	102
§ 1. Понятие речевого нарушения	—
§ 2. Классификация речевых нарушений	104
Глава VII. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, нарушениями поведения, комплексными дефектами	111
§ 1. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата	—
§ 2. Дети с нарушениями поведения	115
§ 3. Обучение и воспитание детей со сложными (комбинированными) дефектами	119
Глава VIII. Учреждения для аномальных детей в СССР	123

§ 1. Общественное положение аномальных детей и принцип
организации системы специальных учреждений —

§ 2. Типы учреждений для аномальных детей 127

§ 3. Принципы и организация комплектования учреждений для
аномальных детей 137

Учебное издание

Лапшин Владимир Анатольевич Пузанов Борис Пантелеймонович

ОСНОВЫ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Зав. редакцией Т. С. Залялова Редактор С. С. Степанов Младшие
редакторы О. Р. Заволокина, Н. Г. Полякова Художник А. В. Харчева
Художественный редактор Г. С. Студеникина Технический редактор С. В.
Никулина Корректоры Т. С. Крылова, И. Н. Панкова

ИБ № 12848

Сдано в набор 01.03.90. Подписано к печати 24.07.90. Формат
60Х90/Ш. Бум. типограф. № 2. Гарнитура литературная. Печать высокая.
Усл. печ. л. 9. Усл. кр.-огт 9,25. Уч.-нзд. л. 10,22. Тираж 75 000 экз. Заказ
2366. Цена в обложке — 35 к., цена в переплете № 7 — 65 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Просвещение»
Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и
книжной торговли. 129846, Москва, 3-й проезд Марьиной рощи, 41.

Областная типография управления издательств, полиграфии и книжной
торговли Ивановского облисполкома. 153628, г. Иваново-8, ул.
Типографская, 6.

2 Заказ 2366

3 Заказ 2366