ПЛАН

1. Особенности обучения и воспитания детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата;
2. Особенности воспитания детей с нарушенным поведением;
3. Обучение и воспитание детей со сложным дефектами.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

С НАРУШЕНИЕМ 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 ребёнка. 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 разидуальном периодах, различные врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата, артрогрипоз (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.

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 организма и все его важнейшие функции – дыхание, кровообращение, глотание, перемещение тела в пространстве, звукопроизносительная сторона речи - реализуются в конечном счете движением – сокращением мышечного аппарата.

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: ребёнок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу;

- нарушение мышечного тонуса. Мышечный тонус условно называют ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус.

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

- нарушений равновесия и координации движений, проявляющиеся в неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе.

- нарушение ощущения движений тела или его частей (кинестезий). Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток, 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 предполагает 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.

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 дошкольного 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.

**Детский церебральный паралич – *заболевание центральной нервной системы при ведущем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей мозга.*** При детском церебральном параличе имеет место ранее органическое поражение двигательных и речедвигательных систем мозга. Причины этих нарушений могут быть разные: инфекционные заболевания, особенно вирусной этиологии, различные интоксикации и травмы во время беременности, хронические заболевания, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группе принадлежности и др. Предрасполагающими условиями могут быть недоношенные и переношенные, а также генетические факторы.

В более редких случаях причинами детского церебрального паралича может быть акушерский травматизм в результате нарушений родовой деятельности матери, затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки, что приводит к недостатку кислорода в центральной нервной системе ребёнка и повреждению в связи с этим нервных клеток головного мозга.

Детский церебральный паралич может возникать, и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций, тяжелых ушибов головы.

У детей задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием может формироваться функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения при детском церебральном параличе являются ведущим дефектом и представляют собой своеобразную аномалию моторного развития, которая без соответствующей коррекции оказывает неблагоприятное влияние на весь ход формирования нервно-психических функций ребёнка.

Поражение двигательной сферы при детском церебральном параличе может быть выражено в разной степени: двигательные нарушения могут быть настолько тяжелыми, что полностью лишают детей возможности свободного передвижения; при достаточном объеме движений, при нерезком нарушении мышечного тонуса. Дети с трудом осваивают самообслуживание.

Особенностью двигательных нарушений у детей с церебральным параличом является не только трудность или невозможность выполнения движений, но и слабость их ощущения, у ребёнка не формируется правильные представления о движении, с трудом развивается пространственно-временная организация.

Слабое ощущение своих движений и затруднения в действиях с предметами являются причинами недостаточности активного осязания, узнавания на ощупь. Это в свою очередь, еще больше затрудняет развитие целенаправленных практических действий и отражается на психическом развитии детей.

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность и затрудняющие развитие самостоятельного передвижения, навыков самообслуживания, ставят больного ребёнка с первых лет жизни в почти полную зависимость от окружающих его взрослых. Это способствует формированию у него пассивности, безынициативности, нарушает развитие его мотивационной и волевой сферы. Таким образом, двигательные нарушения влияют на весь ход психического развития ребёнка.

Независимо от степени двигательных расстройств у детей могут быть нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, наблюдается снижение интеллекта, судорожный синдром и нарушения зрения, снижение слуха.

Для большинства детей с церебральным параличом характерны нарушения умственной работоспособности в виде повышенной утомляемости. В процессе целенаправленной деятельности они быстро становятся вялыми или раздражительными, с трудом сосредоточиваются на задании. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство. Ребёнок начинает суетиться, усиленно жестикулировать, гримасничать, у него усиливаются насильственные движения, появляется слюнотечение. Организованность в произвольной деятельности у детей формируется с большим трудом.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса, замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих, у них возникают страхи, недержание мочи, рвота и другие нарушения.

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. Наряду с повреждением определенных мозговых структур большое значение в механизмах речевых расстройств у детей с церебральным параличом имеет вторичное недоразвитие или более позднее формирование тех отделов коры головного мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения. Это – онтогенетически молодые отделы мозга, имеющие важнейшее значение в психической и речевой деятельности человека: премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга.

Отставание в развитии речи у детей с церебральным параличом связано не только с более медленным темпом созревания поздно формирующихся корковых отделов мозга, и в частности корковых речевых зон, но и с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Ошибки воспитания могут еще более утяжелять отставание в развитии речи. Ребёнок с церебральным параличом в первые годы жизни часто находится в различных лечебных учреждениях, и если педагогической работе не уделяется достаточного внимания, он может оставаться в развитии речи. Кроме того, отрицательный эмоциональный фон, реактивные состояния, которые нередко наблюдаются у этих детей при отрыве их от матери, состояние дезадаптации на новую обстановку создают неблагоприятные предпосылки для развития речи.

При воспитании ребёнка с церебральным параличом дома взрослые обычно чрезмерно опекают его, стремятся все сделать для него. Это не формирует у него потребности в деятельности и в речевом общении.

Важное значение в патогенезе речевых нарушений у детей с церебральным параличом имеет сама двигательная патология.

Для правильной организации логопедической работы с детьми с церебральным параличом важное значение имеет понимание клинической и патогенетической общности речевых и двигательных нарушений. Особенностью нарушений моторики при детском церебральном параличе является не только несформированность произвольных движений, но и сохранение врожденных примитивных двигательных автоматизмов: позотонических рефлексов – тонического лабиринтного, шейного тонического и асимметричного шейного тонического рефлексов. При нормальном развитии эти рефлексы проявляются рудиментарно у детей первых двух месяцев жизни. Обратное развитие этих рефлексов при детских церебральных параличах задержано, что значительно затрудняет развитие произвольных двигательных функций.

При выраженности тонического лабиринтного рефлекса (ЛТР) у ребёнка в положении на спине отмечается повышение тонуса разгибательных мышц. Голова запрокинута назад, мышцы шеи и артикуляционной мускулатуры напряжены, руки и ноги вытянуты. Такой ребёнок не может поднять голову или делает это с большим трудом, не может сесть, согнуть руки и захватить предмет, повернуться со спины на живот, в положении на животе у него преобладает повышение тонуса сгибательных мышц. В связи с чем он не может поднять голову, разогнуть руки и опереться на них, чтобы встать на четвереньки, принять вертикальную позу.

При выраженности симметричного шейного тонического рефлекс (СШТР) мышечный тонус меняется в зависимости от положения головы ребёнка. Сгибание головы усиливает сгибательный тонус мышц, разгибание усиливает тонус разгибателей рук.

Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР) проявляется в том, что при повороте головы в сторону повышается мышечный тонус в разгибателях той руки и ноги, в направлении которых повернуто лицо.

При проведении логопедической работы с детьми с церебральным параличом важно учитывать, что тонические рефлексы оказывают влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата.

ЛТР повышает мышечный тонус корня языка.

СШТР повышает мышечный тонус спинки и кончика языка. Выраженность этого рефлекса затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, продвижение языка вперед и вверх.

АШТР вызывает асимметричное повышение тонуса в речевой мускулатуре: тонус больше повышается на стороне, противоположной повороту головы ребёнка.

Влияние указанных тонических рефлексов определяет специфику артикуляционных расстройств при детском церебральном параличе.

Следующей специфической особенностью нарушений артикуляционной моторики при детском церебральном параличе является задержка обратного развития ряда врожденных рефлексов орального автоматизма: сосательного, хоботкового, поискового рефлексов, рефлекторного глотания, касания и некоторых других. Наличие этих рефлексов препятствует развитию произвольных артикуляционных движений.

Органическое поражение речедвигательного анализатора при детском церебральном параличе приводит к нарушениям артикулирования звуков речи, расстройствам голоса, дыхания, темпа и ритма речи, ее интонационной выразительности.

Если ребёнок сидит, то при проведении логопедических занятий надо обратить внимание на положение его головы: она должна находиться по средней линии, не опускаться на грудь, не поворачиваться в сторону и не откидываться назад. При необходимости правильное положение головы фиксируется головодержателем. Надо избегать наклона туловища вперед (для этого в ряде случаев необходимо применение специального стула), перекреста ног, приведения бедер, свисание стоп. При проведении занятий важно, чтобы зеркало и лицо логопеда находилось на уровне глаз ребенка.

Выбрав положение ребёнка, после общего расслабления приступают к массажу и гимнастике артикуляционной мускулатуры.

При проведении логопедической работы у ребёнка необходимо подавлять сосательные и другие рефлекторные движения, постепенно обособлять артикуляционные, дыхательные движения и голосовые реакции от общих движений.

Для улучшения ощущений артикуляционных движений используются упражнения с сопротивлением, чередованием упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем движений с помощью зеркала и с закрытыми глазами с целью сосредоточения на проприоцептивных ощущениях.

Важность подобной работы определяется не только тяжестью нарушений звукопроизношения при оральной диспраксии, но и тем, что ее проявления неблагоприятно влияют на развитие лексической стороны речи. Слабость ощущения «двигательного образа» слова приводит к нестойкости связи между звуковой и смысловой его характеристикой, что может проявляться в своеобразном недоразвитии лексики.

Взаимосвязь нарушений общей и речевой моторики при детском церебральном параличе проявляется также в том, что тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рта.

Эти данные определяют необходимость сочетать логопедическую работу с развитием функции рук и общей моторики ребёнка.

Выполнение любых движений с усилием вызывает повышение мышечного тонуса в общей и речевой мускулатуре. Во время занятий на следует требовать от ребёнка чрезмерных усилий, ибо они могут способствовать диффузному повышению мышечного тонуса и усилению нарушений звукопроизносительной стороны речи. Для развития речевого дыхания рекомендуется различные упражнения на дутье. Однако для детей с церебральным параличом, особенно в раннем возрасте, они не всегда полезны в тех случаях, когда ребёнок их производит с чрезмерным усилием, что усиливает его общее мышечное напряжение.

Нарушения артикуляционной моторики при детском церебральном параличе не только затрудняют формирование произносительной речи ребёнка, но и вторично нередко вызывают нарушение фонематического восприятия. Это может вызывать у ребёнка трудности звукового анализа слов и искажения их звуко-слоговой структуры.

Развитие восприятия и представлений у дошкольника осуществляется в разных видах деятельности (предметно-практической, трудовой, изобразительной), в игре. Спонтанная игра ограниченна в силу специфики самого заболевания.

Таким образом, важной предпосылкой развития и обогащения словаря является формирование восприятия и представлений об окружающих предметах и явлениях. Восприятие необходимо развивать в повседневной жизни путем специальной организации разных видов деятельности, в которых ребёнка учат смотреть, наблюдать, слушать, т.е. осмысленно воспринимать предметы и явления окружающего мира. Все это обогащает кругозор, формирует функцию активного внимания, а главное, развивает у детей обобщенный способ умственной деятельности.

Спецификой работы по развитию лексики является сочетание коррекционных мероприятий по совершенствованию восприятия и представлений с словесным обозначением предметов и явлений окружающей действительности.

Слова, обозначающие элементарные понятия, вводятся на основе обучения различению и обобщению предметов по существенным признакам.

Детей дошкольного возраста, а также и более старших с первым уровнем речевого развития обучают понимать и произносить названия окружающих предметов (части лица и тела человека; части у предметов обихода, игрушек; карман к платья, колеса у машин и т.д.).

Чтобы комплексная система оздоровления, предназначенная для детей с подобными нарушениями, влилась в общий ритм работы ДОУ, скорректировали организацию воспитательно-образовательного процесса. Приняли решение: *создание благоприятных условий для оптимального физического и психического развития и эмоционального благополучия каждого ребёнка, а также для повышения его познавательной активности, функциональных и адаптивных возможностей – вот чем должен руководствоваться каждый воспитатель.*

На педсоветах, семинарах, консультациях обсуждаются вопросы общего и индивидуального в развитии детей, с помощью промежуточной диагностики ведется анализ усвоения ими программных задач, на основе полученных результатов строится коррекционно-развивающая работа.

*Для выявления индивидуальных особенностей каждого ребёнка* воспитателями ведется разработанная специально для этих целей *документация*.

* Лист здоровья, в котором отмечаются состояния здоровья ребенка, назначения врача, рекомендации психолога.
* Лист педагогических наблюдений за ребёнком на занятиях и после занятий физическими упражнениями (фиксируются реакция ребёнка на физические нагрузки и степень его утомляемости).
* Психологическая анкета, в которой отражается состояние психического здоровья детей.
* Социально-биологическая анкета, ее цель – изучение состояния здоровья родителей, социального статуса семьи.

Полученные в результате этого данные позволяют педагогам лучше узнать своих воспитанников и их семьи, учитывать индивидуальные особенности и возможности детей.

*Воспитательно-образовательный процесс строится следующим образом.*

* Часть воспитательно-образовательных задач решается в ходе повседневной жизни.
* Длительность занятий гибко варьируется в зависимости от уровня умственной работоспособности детей.
* Форма занятий также гибка и разнообразна: фронтальные, подгрупповые, индивидуальные; на воздухе, в кабинетах. Так, в уголке природы проводятся занятия по ознакомлению с художественной литературой, окружающим миром. Фитобар, оборудованный в народном стиле, используется не только для оздоровления детей, но и для их эстетического воспитания.
* Для детей младшего дошкольного возраста разработан щадящий режим, который позволяет им быстрее и легче адаптироваться к условиям дошкольного учреждения (режим действует в первые два месяца пребывания детей в ДОУ). *Щадящий режим для детей младшей группы особенно важен по ряду причин.* От ребёнка, впервые попавшего в детский коллектив (новое окружение, новые лица, дисциплина), требуется много душевных и физических сил. С другой стороны, любое заболевание в этом возрасте ведет к значительному снижению защитных сил организма, а значит, требуется большая затрата энергии и функциональных резервов для восстановления и укрепления здоровья.

Режим жизни должен быть «подвижным-адаптивным» в зависимости от уровня психического развития детей и состояния их здоровья. Он предусматривает следующее.

* Увеличение срока приема детей в утренние часы (до 8.30).
* Увеличение продолжительности дневного сна при достаточном доступе свежего воздуха.
* Строгое соблюдение продолжительности и организации прогулок на воздухе.
* Творческий подход к содержанию и методике проведения занятий.
* Использование кабинетов для психологической разгрузки детей и проведения занятий, досугов и развлечений.
* Чередование умственной и физической деятельности.

*Задачи профилактики* заболеваний, физического, психического и интеллектуального развития *интегрируются* в работе всего педагогического коллектива.

Воспитатель физической культуры, учитывая специфику, большое внимание уделяется дыхательной гимнастике, что способствует развитию дыхательной мускулатуры, увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы, улучшению лимфо- и кровообращения в легких. В ход занятий включаются элементы корригирующей гимнастики, способствующие профилактике нарушений осанки и плоскостопия.

Музыкальное воспитание также входит в систему оздоровительной работы: музыка имеет огромные возможности для улучшения нервно-психического здоровья детей, развития психо-эмоциональной сферы, повышения социально-адаптивных функций. Музыкальный руководитель обязательно включает в занятия дыхательные и музыкально-ритмические упражнения для профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата и этюды и упражнения, способствующие развитию и коррекции психо-эмоциональной сферы.

*Итак, в дошкольном учреждении задачи воспитания, обучения, развития и оздоровления детей взаимосвязаны и ориентированны на каждого ребёнка с учетом его состояния здоровья и уровня развития.*

Коррекционная работа начинается утром – еще до завтрака проводится гидромассаж стоп ног (дважды в год по 10 сеансов для каждого ребёнка) с целью профилактики и коррекции плоскостопия.

В утренний промежуток большая часть времени отводится воспитательно-образовательной работе, но воспитательно-образовательный процесс строится так, что становится возможным проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий. Достаточно широко при этом применяются различные виды массажа, лечебная физкультура, физиотерапия, лечебная гимнастика на надувных мячах, эластичных мячах разного диаметра и конфигурации. Гимнастика на мячах позволяет создать наиболее оптимальные условия для правильного положения туловища и гармоничной тренировки основных групп мышц, а также для улучшения равновесия и двигательной координации.

Занятия в бассейне оказывают оздоровительный эффект на детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Занятия проводит инструктор по плаванию, имеющий педагогическое образование, имеющий педагогическое образование и хорошо владеющий методикой работы с дошкольниками.

После дневного сна проводятся физические упражнения в сочетании с воздушными ваннами и дыхательной гимнастикой.

На вечерней прогулке оздоровительный эффект достигается за счет пребывания детей на свежем воздухе, проведения подвижных игр и индивидуальной работы по физическому развитию.

Организуя режим, мы старались не загружать детей, предоставлять им возможность реализовать свои потребности в самостоятельной игровой, двигательной и других видах деятельности.

Большое значение имеет и *работа с родителями.* Она строится на основе анкетирования и бесед, которые позволяют определить социальный статус семьи и тактику взаимодействия с различными категориями родителей. Главное в работе с родителями – формирование их активной позиции в воспитании и оздоровления своего ребёнка, преодоление равнодушия к тому, что делается в дошкольном учреждении. С этой целью в уголках для родителей в каждой группе размещается информация от медицинского и педагогического персонала. Как и во многих дошкольных учреждениях, мы организуем мероприятия с участием родителей и детей: праздники (спортивные и музыкальные), творческие задания, досуги и т.д.

Обучение родителей методам коррекционной работы с ребёнком в семье проводят специалисты нашего детского сада: врач-ортопед, медсестра ЛФК, воспитатель физкультуры, медсестра массажа, учитель-логопед, педагог-психолог, музыкальный руководитель, воспитатели. Это консультации, индивидуальные беседы, практические советы и рекомендуемая медицина, и педагогическая литература.

Результаты диагностики показали: *организованная таким образом воспитательно-образовательная и оздоровительно-коррекционная работа положительно влияет на развитие детей, укрепление их здоровья, нормализацию социально-адаптивной сферы.*

ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

С НАРУШЕННЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.

Как уже отмечалось, умственная отсталость олигофренической этиологии является непрогрессирующим (непрогредиентным) заболеваниями. 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 может быть благоприятным.

Среди типов нарушений поведения, наблюдаемых у подростков-олигофре- нов, 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:

- 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, преувеличенное переживание неудач. Значительно снижается продуктивность учебной деятельности. Во время устных ответов, контрольных работ возникают состояния страха, растерянности. Подростки как правило, переживают дефекты внешности: косоглазие, моторную неловкость, энурезы. Замечания в классе вызывают беспокойство; на индивидуальных занятиях продуктивность учебной деятельности, как правило, значительно выше.

Чувство неполноценности способствует появлению у некоторой части подростков артистических 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. 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, систематическом 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 поведение преобладает эмоционально-волевая неустойчивость, незрелость.

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.

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.

Специфика нарушений речи и их коррекция у умственно отсталых детей определяются особенностями высшей нервной деятельности и их психического развития.

У умственно отсталых детей отмечается недоразвитие высших форм познавательной деятельности, конкретность и поверхностность мышления, замедленное развитие речи и ее качественное своеобразие, нарушение словесной регуляции поведения, незрелость эмоционально-волевой сферы.

Характерным для них является позднее развитие речи. Резкое отставание наблюдается уже в период доречевых вокализаций. Если в норме спонтанный лепет у детей появляется в период от 4 до 8 месяцев, то у умственно отсталых детей лепет отмечается в период от 12 до 24 месяцев (И. В. Карлин, М. Стразулла).

По мнению Касселя, Шлезингера, М. Зеемана, у умственно отсталых детей с дебильностью первые слова появляются позднее 3 лет. Исследования И. В. Карлина и М. Стразуллы показали, что первые слова у этих детей появляются в период от 2,5 до 5 лет (В норме появления первых слов у детей от 10 до 18 месяцев).

Значительное отставание отмечается у умственно отсталых детей в проявлении фразовой речи. При этом, временный интервал между первыми ловами и фразовой речью у них более длительный, чем у нормальных детей.

Основными причинами недоразвития речи умственно отсталых детей является «слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах». В связи с медленно развивающимися дифференцировочными условными связями в области речеслухового анализатора умственно отсталый ребёнок долго не различает звуки речи, не разграничивает слова, произносимые окружающими, недостаточно точно и четко воспринимает речь окружающих.

Развитие моторики, в том числе и речевой, у умственно отсталых детей протекает замедленно, недифференцированно. Точность речевых движений обеспечивается двояким контролем. Оказывается неточным как слуховой, так и кинестетический контроль.

Анализируя особенности речи умственно отсталых школьников, В. Г. Петров выделяет комплекс многообразных факторов, обусловливающих нарушения их речи, отмечая, что основной причиной аномального развития и нарушений речи, отмечая, что основной причиной аномального развития и нарушений речи у умственно отсталых детей является недоразвитие познавательной деятельности.

Снижение уровня аналитико-синтетической деятельности проявляется в нарушении фонематического восприятия, сложной психической деятельности приводит к трудностям усвоения семантической стороны языка, поэтому умственно отсталые дети с трудом овладевают сложными по семантике словами (абстрактными, обобщенными) и грамматическими формами.

Ограниченность представлений об окружающем мире, слабость речевых контактов, незрелость интересов, снижение потребности в речевом общении представляют собой значимые факторы, обусловливающие замедленное и аномальное развитие речи у умственно отсталых детей. Наряду с этим имеют место и другие факторы, вызывающие у них нарушения речи: аномалии в строении речевого аппарата, обусловливающие ринолалию, механическую дислалию, локальное органическое поражение подкорковых отделов головного мозга, приводящее к возникновению органического заикания, дизартрии.

Нарушение речи у умственно отсталых детей носят системный характер. У них оказываются несформированными в той или иной степени все операции речевой деятельности: имеет место слабость мотивации, снижение потребности в речевом общении, грубо нарушено программирование речевой деятельности, создание внутренних программ речевых действий, реализация речевой программы и контроля за речью, сличение полученного результата с предварительным замыслом, его соответствие мотиву и цели речевой деятельности.

При умственной отсталости в различной степени нарушены операции и уровни порождения речевого высказывания (смысловой, языковой, сенсомоторный уровни). Наиболее недоразвитыми оказываются высокоорганизованные, сложные уровни (смысловой,, языковой), требующие высокой степени сформированности операций анализа, синтеза, обобщения. Сенсомоторный уровень речи у этих детей страдает по-разному. Семантический и языковой уровни развития у этих детей не достигают нормы.

Нарушение речи у умственно отсталых детей разнообразны по своим проявлениям, механизмам, уровню и требуют дифференцированного подхода при их анализе. Симптоматика и механизм речевых расстройств у этих детей определяются не только наличием общего недоразвития мозговых систем, что обусловливает системное нарушение речи, но и локальной патологии со стороны систем, имеющих непосредственное отношение к речи, что еще более усложняет картину нарушений речи при умственной отсталости.

Коррекцию дефектов звукопроизношения необходимо связывать с развитием познавательной деятельности умственно отсталых детей, формированием операций анализа, синтеза, сравнения. В логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения во вспомогательной работе по коррекции нарушений звукопроизношения во вспомогательной школе широко используется прием сравнения. Так, на этапе постановке звук сравнивается правильное и неправильное произношение. На этапе автоматизации этот звук сравнивается с фонетически далекими. При дифференциации проводятся сравнения отрабатываемого звука с фонетически близким. В процессе коррекции сравнивается звуковой состав различных слов по количеству звуков, месту отрабатываемого звука в словах.

Большое внимание уделяется развитию общей и речевой моторики, воспитанию слухового восприятия, внимания, памяти, т.е. нормализации всех тех факторов, которые лежат в основе нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей и обусловливают особенности их проявления.

Коррекцию звукопроизношения связывают с развитием речевой функции в целом, т.е. с развитием фонематической стороны речи, словаря грамматического строя языка, так как дефекты звукопроизношения у этих детей проявляются на фоне общего системного недоразвития речи.

При коррекции нарушений звукопроизношения уделяется внимание развитию четких представлений о звуковом составе слова, выделению смыслоразличительной функции звуков речи.

В работах многих авторов отмечается, что становление связной речи у умственно отсталых детей, что становление связной речи у умственно отсталых детей осуществляется замедленными темпами и характеризуется качественными особенностями. Они длительное время задерживаются на этапе вопросо-ответной и ситуативной речи. Переход к самостоятельному высказыванию у этих детей является очень трудным и во многих случаях затягивается вплоть до старших классов вспомогательной школы. В процессе порождения связных высказываний умственно отсталые школьники нуждаются в постоянной стимуляции со стороны взрослого, в систематической помощи, которая проявляется либо в виде вопросов, либо в подсказке. Особенно трудной для этих детей является контекстная форма речи. Ситуативная речь, т.е. речь с опорой на наглядность, на конкретную ситуацию, осуществляется ими гораздо легче.

Немаловажную роль в недоразвитии связной речи играет недостаточная сформированность диалога. Диалогическая речь, как известно, предшествует развитию монологической речи и подготавливает ее развитие. Умственно отсталые дети часто не осознают необходимости ясно и четко передавать содержание какого-либо события, т.е. они не ориентируются на собеседника.

Одной из причин задержки формирования связной речи умственно отсталых детей является то, что их речевая активность очень слаба и довольно быстро истощается. В процессе монологической речи отсутствует стимуляция извне, конкретизация и развитие рассказа осуществляется самим ребёнком. В связи с этим недостаточность волевой сферы умственно отсталых детей играет определенную отрицательную роль в нарушении протекания связных речевых высказываний. В тех случаях, когда у детей появляется интерес к теме рассказа, меняется и характер связных высказываний, они становятся более развернутыми и связными, увеличивается количество слов в предложении. Таким образом, в характере связных высказываний большую роль играет мотивация.

Особенности связных высказываний у умственно отсталых детей во многом определяются и характером заданий, формой связных высказываний. Более легко, чем самостоятельный рассказ, осуществляется у умственно отсталых детей пересказ. Но и их пересказ имеет ряд особенностей. Так, они пропускают многие важные части текста, передают содержание упрощенно. Обнаруживается непонимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. Часто на основе случайных ассоциаций они добавляют события, детали, которые отсутствуют в тексте.

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ

СО СЛОЖНЫМ ДЕФЕКТОМ.

Повышенное внимание к этой (относительно небольшой) категории аномальных детей в последние годы можно объяснить дальнейшим расширением дифференцированного 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 группы детей со сложным дефектом:

- умственно отсталые глухие или слабослышащие;

- умственно отсталые слабовидящие или слепые (частично-видящие);

- слепоглухонемые;

- глухие слабослышащие.

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 качается ребёнка 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 аномалии.

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

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.

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 штрихом, 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 ребёнка 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 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. 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 ребёнка 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.

Наличие у детей грубой сенсорной (снижение слуха или зрения) и умственной недостаточности, а также патология двигательной сферы, наблюдающейся при детских церебральных параличах, нередко приводит к недоразвитию всех компонентов речи, имеющему во всех случаях своеобразную этиопатогенетическую обусловленность и специфические проявления и требующему дифференцированных методов коррекционного воздействия.

Логопедическое воздействие может эффективно использоваться в работе со слабослышащими (тугоухими) детьми, имеющими частичное снижение слуха.

Согласно определению Ф. Ф. Рау, Л. В. Неймана и В. И. Бельтюкова, «тугоухостью называется такое понижение слуха, при котором возникают затруднения в восприятии речи, но речевое общение с помощью слуха, хотя бы и в специально создаваемых условиях (усиление голоса, приближение говорящего непосредственно к уху, использование звукоусиливающих приборов и т.д.), все же возможно».

Детей, страдающих тугоухостью, принято называть слабослышащими в отличие от глухих, для которых даже в условиях использования звукоусиливающей аппаратуры восприятие речи на слух оказывается не возможным.

Выраженное и стойкое снижение слуха затрудняет не только восприятие речи, но и неизбежно приводит к нарушению (или недоразвитию) экспрессивной речи. При этом степень нарушения (недоразвития) экспрессивной речи в каждом конкретном случае будет зависеть от степени снижения слуха (чем тяжелее степень, тем хуже речь), времени наступления тугоухости, условий развития ребёнка (принятие специальных мер по сохранению и развитию речи обеспечивает сравнительно лучшее ее состояние).

Для детей со сниженным слухом типично недоразвитие всех компонентов речи, которое непосредственно связано со слуховой недостаточностью. Оно охватывает все ее стороны. Однако у слабослышащих могут наблюдаться и такие формы речевой патологии, которые непосредственно не связаны с состоянием слуховой функции: заикание, нарушение темпа речи.

Нормальное функционирование фонематической системы предполагает возможность безошибочной слуховой дифференциации всех звуков речи (включая и акустически близкие) и правильность их произношения. Обе эти стороны, характеризующие состояние фонематической системы, в случаях рано приобретенной тугоухости не могут формироваться нормально.

Слуховая дифференциация звуков речи у слабослышащих страдает, прежде всего, из-за ограничения диапазона воспринимаемых ими звуковых частот. Кроме этого, у детей наблюдается вторичное недоразвитие аналитико-синтетической деятельности в центральном отделе речеслухового анализатора, вызванное «некачественностью» поступающих с периферии слуховых раздражений (полная невозможность восприятия на слух звуков или восприятие не всех их формант).

Дети с I степенью тугоухости различают на слух не более 75% согласных, произнесенных голосом разговорной громкости около самой ушной раковины. При этом уже на расстоянии 0,5 м. от уха возможность различения согласных снижается до 60%, а на расстоянии 2 м. – даже до 40%. Восприятие связной речи в этих условиях оказывается возможным лишь потому, что дети, полностью владеющие речью, опираются на имеющиеся у них целостные образы слов и фраз, что позволяет им домыслить (нередко ошибочно) недостающие звенья. Если же ребенок не владеет развернутой речью, то такое домысливание оказывается невозможным. Поэтому дети с одинаковой степенью тугоухости, но с разными уровнем речевого развития распознают звуки речи по-разному. По этой причине даже при одинаковой степени тугоухости состояние слуховой дифференциации звуков речи у учащихся II отделения школы слабослышащих в целом значительно хуже, чем у слышащих I отделения.

Однако даже в I отделении школы слабослышащих, согласно исследованиям Л.Г. Парамоновой, свыше 78% учащихся старших классов не дифференцируют на слух от 4 до 45 пар согласных звуков. Особенно затруднена слуховая дифференциация свистящих ***с*** и ***ц*** в словах типа *свет*-*цвет*. Слуховая дифференциация остальных фонетических групп согласных звуков для слабослышащих учащихся I отделения представляется значительно меньшие трудности.

Для слабослышащих учащихся II отделения наибольшую трудность представляет также восприятие именно свистящих и шипящих звуков. Помимо упомянутых чисто акустических особенностей, сказывается и то, что эти звуки сравнительно поздно начинают дифференцироваться в произношении. Здесь наблюдается тормозящее влияние речедвигательного анализатора на речеслуховой.

Итак, состояние слуховой дифференциации звуков речи у слабослышащих как I, так и в особенности II отделения таково, что оно не может обеспечить усвоения детьми полноценного звукопроизношения, а в дальнейшем – и письма.

Формирование звукопроизношения у слабослышащих протекает со значительным отклонениями от нормы из-за неполноценности речеслухового анализатора, который не способен в необходимой степени осуществлять свою «ведущую роль» в отношении речедвигательного анализатора, Не имея возможности воспринять тот или иной звук речи на слух или отдифференцировать его от сходных звуков, ребёнок не может самостоятельно овладеть и правильной его артикуляцией. Кроме того, у слабослышащих детей могут быть нарушения в строении и функционировании речедвигательного анализатора, что также может обусловливать у них дефектов произношения звуков.

Особенно нарушено звукопроизношение у слабослышащих учащихся II отделения, причем не только согласных, но даже и гласных звуков. Однако и в I отделении школ слабослышащих, по данным Л.Г. Парамоновой, дефекты звукопроизношения имеются даже в старших классах. Как и у слабослышащих II отделения, здесь также преобладают случаи полиморфного нарушения звукопроизношения, охватывающего многие фонетические группы звуков (в среднем на каждого ученика приходится по 11 дефектно произносимых звуков). Характерно и то, что даже у слабослышащих I отделения страдает произношение не только артикуляторно сложных, но также и сравнительно артикуляторно простых согласных (губных, губно-зубных, переднеязычных ***т***, ***д***, ***н*** и др.). Дефекты произношения гласных звуков в I отделении выражены значительно меньше, чем во II. В основе их нарушений лежит неполноценность работы не только речеслухового, но одновременно и речедвигательного анализатора. Можно выделить три основные формы нарушения звукопроизношения у слабослышащих.

1. При недостаточности сенсорного отдела речевого аппарата, т.е. неполноценной деятельности слухового анализатора, характерны замены одних звуков речи другими («суба» вместо *шуба*). Значительно реже, связанное с невозможностью их четкой слуховой дифференциации от других звуков или с полной невозможностью восприятия их на слух из-за парциального выпадения соответствующих звуковых частот. Отклонений от нормы в строении или функционировании моторного отдела речевого аппарата при сенсорных формах нарушения звукопроизношения обычно не наблюдается. Звуковые замены, имеющиеся в устной речи ребёнка, обычно отражают и на письме в виде соответствующих буквенных замен. В младших классах школ слабослышащих такие формы нарушений звукопроизношения обычно выступают на первый план.

2. Вследствие недостаточности моторного отдела речевого аппарата, т.е. отклонений от нормы в строении или функционировании артикулярных органов, нарушения выражаются обычно в искаженном звучании звуков (картавое ***р***, межзубное или боковое ***с*** и пр.)

3. смешанные формы нарушений звукопроизношения, обусловленные одновременно и сенсорной и моторной недостаточностью. В этих случаях у одного и того же ребенка дефекты произношения одних звуков связаны с невозможностью их слуховой дифференциации от сходных фонем (замена ***ц*** на ***с***), дефекты же произношения других звуков – с отклонениями от нормы в строении или функционировании артикулярного аппарата (например, картавое ***р*** при короткой подъязычной связке или межзубное ***с*** при паретичности мышц кончика языка). Иногда же дефекты произношения одних и тех же звуков у одного и того же ребёнка имеют одновременно и моторную и сенсорную обусловленность. Это имеет место в тех случаях, когда невозможность выполнения необходимых для произнесения данного звука артикулярных движений сочетается с невозможностью слуховой его дифференциации от акустически близких с ним звуков.

У слабослышащих детей преобладающими являются смешанные формы нарушений звукопроизношения.

Итак, фонетико-фонематические нарушения у слабослышащих проявляются в резко выраженных затруднениях слуховой дифференциации многих звуков речи и в полиморфном нарушении звукопроизношения, имеющем в большинстве случаев сложную сенсомоторную обусловленность.

При сильно выраженном и рано наступившем снижении слуха у детей развитие словаря настолько отстает от нормы, что многие из них приходят в школу, владея лишь несколькими лепетными словами. Однако и при менее тяжелом снижении слуха лексическая сторона речи у слабослышащих обычно оказывается нарушенной.

В основе недоразвития словарного запаса лежит невозможность дифференцированного восприятия на слух близких по звучанию слов и нечеткость (или полная невозможность) восприятия безударных частей слова, каковыми в русском языке чаще всего являются окончания, суффиксы и приставки. В результате слабослышащий ребёнок нередко способен более или менее отчетливо воспринять на слух лишь ударную (чаще – корневую) часть слова, что приводит к «усеченности», неотчетливости и недостаточной устойчивости слуховых его образов, которые не могут служить полноценной основой для формирования лексической стороны речи.

Для слабослышащих характерна крайняя ограниченность словарного запаса. С трудом усваиваются слабослышащими и названия признаков предметов, так как окончания имен прилагательных в русском языке чаще всего бывают безударными. Особую сложность для слабослышащих детей представляет усвоение слов с отвлеченными значениями и служебных слов, которые нередко состоят из одного согласного звука, поэтому они опускаются детьми.

Ограниченность имеющегося у слабослышащего словарного запаса приводит к неточности употребления слов, к расширению их значений. Так, слово *стол* в речи слабослышащего ребёнка может обозначать и *стул*, и *табуретка*, и *кресло*, и *садиться*, поскольку в его словарном запасе имеется лишь одно это слово.

Отмеченная неточность употребления слов чаще всего выражается в замене одних слов другим.

Для слабослышащих детей характерны грубые искажения звуко-слоговой структуры слов, что объясняется недифференцированностью их восприятия на слух. Эти нарушения характерны для учащихся младших классов и касаются главным образом безударных частей слова, где возможно выпадение некоторых звуков (особенно при стечениях согласных), вставка лишних звуков или их смешение. Особенно часто опускаются окончания слов.

Одним из важнейших проявлений недоразвития речи у слабослышащих является несформированность у них грамматического строя речи, выражающаяся в так называемом аграмматизме.

Усвоению правильных грамматических форм слова препятствует неточность слухового восприятия слабослышащими его окончаний, являющихся одним из основных средств выражения связей между словами в русском языке, и невозможность восприятия на слух многих предлогов, также выражающих эти связи. Многие слабослышащие долгое время не овладевают фразовой речью, их речь состоит из не связанных между собой слов.

У слабослышащих нередко наблюдается неправильное согласование слов («В лесу слышались пение птиц»), неправильное употребление падежных («Он лежал в палатку»), пропуск предлогов («Все лицо морщинках»), употребление лишних предлогов.

Логопедическое обследование слабослышащих детей должно быть направлено не возможно более полное и всестороннее выявление постановки дифференцированного диагноза, позволяющего применить дифференцированные и этиопатогенетически обоснованные методы коррекционного воздействия.

Со слабо слышащими детьми с недоразвитием речи необходимо работать над коррекцией всех нарушенных речевых компонентов – звукопроизношения, лексико-грамматического строя, письма, над экспрессивной и импрессивной речью.

В силу нарушения деятельности зрительного анализатора у слепых и слабовидящих детей может проявляться своеобразие речевого развития, которое часто не укладывается в обычные возрастные границы и выражается в особенностях речи.

Имеющиеся в логопедии исследования в основном посвящались нарушениям звукопроизношения (М.Е. Хватцев, С.Л. Шапило, С.В. Яхонтова) у детей с глубокими дефектами зрения. Лишь в 60-70-х годах в связи с развитием в логопедии системного направления по изучению речевых расстройств (Р.Е. Левина, В.К. Орфинская) появляются исследования, качающихся выявления у слепых и слабовидящих детей не только нарушения звукопроизношения, но и недоразвития речи.

В настоящее время теоретически и экспериментально доказано, что расстройства речи слепых и слабовидящих детей являются сложным дефектом, в котором прослеживаются определенные связи и взаимодействие речевой и зрительным дефектом многообразны, сложны по степени выраженности, структуре и затрагивают речь как целостную систему.

Это объясняется в значительной мере тем, что формирование речи таких детей протекает в более сложных условиях, чем у зрелого ребенка. Среди них чаще встречаются дети с врожденными формами зрительной аномалии, что способствует нарушению формирования и других функций, имеющих непосредственное отношение к образованию речи.

Статистический материал показывает, что речевые нарушения у детей с глубокими нарушениями зрения встречаются значительно чаще, чем у зрячих.

Проведенные исследования позволили выделить четыре уровня сформированности речи у этой категории детей.

1. Отмечаются единичные нарушения звукопроизношения, что не позволяет данный уровень рассматривать в качестве речевой нормы.

2. Активный словарь ограничен, допускаются ошибки в соотнесенности слова и образа предмета, в употреблении обобщающих понятий, грамматических категорий, а также в составлении предложений и развернутых рассказов.

Фонематический анализ не сформирован.

3. Экспрессивная речь отличается бедностью словаря. На низком уровне находятся соотнесенность слова и образа предмета и знание обобщающих понятий. Связанная речь аграмматична, состоит из перечислений и одно-двухсловных предложений. Нет развернутых рассказов. Множественные нарушения звукопроизношения. Недостаточно сформирована слуховая и произносительная дифференциация звуков.

На низком уровне находится формирование фонематического анализа и синтеза.

4. Экспрессивная речь крайне ограничена, имеются значительные нарушения в соотнесенности слова – образа предмета и обобщающих понятий. Связная речь состоит из отдельных слов. Отмечается полная несформированность процессов фонематического анализа и синтеза.

Исходя из анализа развития речи у детей с нарушениями зрения, мы видим, что у большей части обширно представлены системные нарушения, при которых имеется расстройство речи как целостной функциональной системы и совместное нарушение ее ведущих компонентов (фонетического, лексического, грамматического). Если сравнивать системы нарушения речи зрячих и детей с глубокими дефектами зрения, то обнаруживается много общего, но наряду с этим отмечается и частное, особенное в выраженности речевых нарушений и в факторах, их обусловливающих. Так, у детей с глубокими дефектами зрения вследствие нарушения зрительного анализатора расстройства речи обусловлены ее ранним недоразвитием: отсутствием необходимого запаса слов, нарушением понимания смысловой стороны слова, которое не соотносится со зрительным образом предмета.

Изучение нарушений речи у слепых и слабовидящих детей как сложного дефекта требует учета и анализа состояние не только всех компонентов речевой деятельности, но и множества неречевых функций, что составляет методику комплексного логопедического обследования. Своеобразие комплексного логопедического обследования. Своеобразие комплексной и многофакторной методики заключается в том, что изучение нарушений речи этих детей и факторов, их обусловливающих, осуществляется с учетом состояния зрения, особенностей способов восприятия, а следовательно, и специфических приемов подачи одного и того же материала в процессе обследования. При этом учитывается, что у многих детей с глубокими дефектами зрения нет опыта совместной игровой деятельности и ограничены знания о предметном мире. По этой причине на протяжении всего обследования выполнению заданий ребёнок часто должны предшествовать своеобразные инструкции, показ, совместное выполнение.

Коррекционная работа со слепыми и слабовидящими дошкольниками и учащимися начальных классов осуществляется в условиях естественного педагогического процесса. Она строится с учетом ведущих дидактических и специфических принципов для данной группы детей. К последним относятся принципы корригирующего обучения, учет первичных и вторичных дефектов, опора на сохранные анализаторы и создание полисенсорной основы, формирование всесторонних представлений об окружающем с опорой на различные формы вербальной и невербальной деятельности, учет уровней сформированности речи и структуры речевого нарушения, учет новизны, объема, нарастающей сложности вербального материала.

Обязательным элементом занятий должна быть игра, так как у детей с глубокими дефектами зрения (до обучения) значительно позже, чем у зрячих, формируются предпосылки игровой деятельности. При планировании коррекционно-логопедической работы с детьми имеющими первый уровень сформированности речи, учитывается их хорошая речевая база, основное внимание обращается на работу по совершенствованию фонетической стороны речи. Проводятся упражнения и игры, способствующие развитию слухового внимания. Учитывая, что у детей с нарушением зрения существенно страдает формирование речедвигательных образов по подражанию, применяются приемы механической постановки звуков, доступные сравнения артикуляции звуков с образами предметов, кинестетические ощущения и т.д., используются элементы занимательности.

Предметная и речевая база, создаваемая воспитателем и тифлопедагогом, широко используется и совершенствуется на занятиях логопеда. В свою очередь, работа логопеда находит продолжение в практике работы по совершенствованию навыков, сформированных на занятиях воспитателя и тифлопедагога. Работа строится на основе совместного планирования с использованием дублирования игровой и речевой картотеке.

Система коррекционно-педагогической работы в специальных дошкольных учреждениях направлена на всестороннее развитие ребёнка, овладение необходимыми знаниями, умениями, навыками – при помощи особых методов и приемов коррекции и компенсации зрительной недостаточности. Главная цель коррекционно-педагогической работы – подготовка ребёнка с нарушением зрения к успешному обучению в школе, активной самостоятельной жизни, адаптации в обществе. Для ее реализации необходимо создать специальные условия, соответствующие требованиям и рекомендациям гигиены, офтальмологии, дефектологии, дидактики. Особое место отводится оборудованию и оснащению *тифлопедагогического кабинета*, обеспечивающего полноценную коррекционно-педагогическую работу с детьми с нарушенным зрением. *Назначение кабинета* – организация и проведение психолого-педагогических обследований, а также индивидуальных и подгрупповых занятий с детьми.

Необходимо соблюдать *следующие условия*.

* Помните, что по результатам психолого-педагогического обследования детей планируется дальнейшая индивидуальная коррекционно-педагоги- ческая работа.
* Необходим личностно-ориентированный подход к детям, с учетом их возрастных особенностей, темпа развития, индивидуальных возможностей, уровня зрительного восприятия (состояния зрительных функций, характер глазной патологии, острота зрения), вторичных отклонений и общего уровня физического, психического и умственного развития.
* Приступая к работе, следует выработать систему коррекционно-компен- саторных и психолого-педагогических методов и приемов, средств и форм работы, направленные на активизацию и развитие зрительного восприятия, процессов компенсации, преодоление или устранения недостатков в развитии, вызванных нарушением зрения. *Основные методы* – игровой и метод практических действий: они наиболее эффективны для коррекции первичных и вторичных отклонений в развитии детей с нарушением зрения. *Вспомогательные методы* – глазная, дыхательная, пальчиковая гимнастика, психогимнастика, физкультминутки, упражнения, способствующие улучшению кровоснабжения органов зрения.
* Коррекционно-компенсаторный процесс следует организовывать на полисенсорной основе, что означает обучение познанию окружающего мира и совершенствование навыков ориентировки в нем с помощью развития нарушенного зрения и сохранных анализаторов: тактильного, слухового, двигательного, вкусового, обонятельного.
* Коррекционно-компенсаторный процесс должен быть максимально сближен с общеразвивающим процессом.
* Компенсацию нарушений зрительной недостаточности необходимо сочетать с развитием психических функций – внимания, памяти, воображения, мышления.
* Необходимо соблюдать последовательность и поэтапность в коррекционно-развивающей работе.
* Следует использовать технические, дидактические, офтальмологические, художественные, литературные и другие средства, позволяющие детям с нарушенным зрением получить полную и объективную информацию об окружающем мире.

Ребёнок черпает первые представления об окружающей его материальной среде с помощью различных анализаторов, при этом слово закрепляет представления, полученные сенсорным путем. Для младших дошкольников слова действительно являются «вторыми оригиналами действительности» (*Е.И. Тихеева*), а первыми – образы окружающего его мира, т.е. язык, развивается наглядно- действенным путем. Чтобы ребёнок «принял» названия, он должен видеть предметы, с которыми они связаны. «Слово и вещь должны предлагать человеческому уму одновременно, однако, на первом месте – вещь как предмет познания и речи» (*Я.А. Коменский*). Органы внешних чувств – орудие познания. В развитии речи играют важнейшую роль. *Сенсорное и речевое развитие происходит в тесном единстве, и работу по развитию речи нельзя отрывать от работы по развитию органов чувств и восприятия*. Формирование речи неразрывно связано с постижением вещей. И наоборот, окружающая ребёнка действительность – это неисчерпаемый источник, который должен быть использован для обогащения языка.

Ребёнок с дефектами зрения испытывает затруднения при соотнесении слова с обозначаемым предметом. Он способен повторять слова, но, как правило, недостаточно хорошо понимает их значения, что задерживает развитие смысловой стороны речи и мышления. Для детей с нарушением зрения характерны вербальные (словесные, не подкрепленные чувственным опытом) представления. Нарушения в соответствии образа и слова, слова и практического действия можно предупредить, организуя коррекционные занятия, в ходе которых дети будут познавать различные предметы, их качества и свойства на основе двигательно-кинетических ощущений, памяти и речи.

Известно: *чем выше чувственный опыт детей с нарушением зрения, тем богаче словарный запас*, многообразнее соотнесение слова с объектом предметного мира. Согласно Л. Выготскому, *и зрячий, и слепой сами должны активно добавлять знания из реального предметного мира, отходя от голой словесности*.

В ходе полисенсорной, предметно-практической деятельности ребёнок учится произносить и запоминать слова, связанные с ней. Только тогда слова начинают жить в реальном окружении и откладываются в сознании и опыте ребенка. Необходимо отметить: речь детей с недостатками зрения выполняет, прежде всего, компенсаторную функцию, которая обеспечивает сферу чувственного познания, а, пользуясь чувственным опытом и словом, ребёнок глубже познает явление и предметы окружающего мира. Именно благодаря этому недостатки зрения не исключают возможности приобретения знаний об окружающем мире.

Таким образом, компенсаторная функция речи как средства познания направлена на активизацию познавательной деятельности, а постепенное накопление предметно-практических знаний обогащает словарь.

*Специалисты знают: без индивидуально дифференцированного подхода и специальной коррекционной работы ребенок с проблемами в развитии будет обречен на неуспех. Но ранняя диагностика и психолого-педагогическая коррекция позволяют добиться значительных успехов в развитии речи у детей с дефектами зрения.*

Результаты обследования таких детей привели к определению задач, требующих решения.

* Развивать способности понимать речь окружающих людей, расширять ориентировку в пространстве, углублять внимание и интерес к явлениям природы и разнообразным предметам, учить обозначать их словами.
* Формировать перцептивные действия и полисенсорные способы анализа предметного мира.
* На основе активного использования сохранных анализаторов, чувственного и опосредованного восприятия окружающего мира стимулировать остаточное зрение, учить приемам и способам «видения» существенных свойств и качеств предметов (форма, цвет, величина, расположение в пространстве), обозначать их словом, самостоятельно использовать новые слова в речи; побуждать высказывать свои мысли, развивать разговорную речь.  
  Намеченные задачи определили *направления работы*.
* Организация коррекционно-развивающей среды в группе и кабинете тифлопедагога (периодическая сменяемость зрительно-речевых тренажеров, оформление развивающих тематикой и временем года).
* Ежеквартальное обследование детей, анализ его результатов и выводы (какие игры, упражнения, литературные произведения наиболее эффективны для решения поставленных задач).
* Разработка комплекса коррекционных игр, направленных на активизацию чувственного познания и речи. Обратим внимание: практический материал многократно апробирован и подтвердил свою эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Под редакцией Л.С. Волковой, Логопедия. Москва «Просвещение» 1989 г
2. Дошкольное воспитание: № 6. 2005

№ 5. 2005

№ 4. 2005

№ 3. 2005

№ 12. 2004

№ 11. 2004

№ 6. 2004

1. В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов, Основы дефектологии. Москва «Просвещение» 1990 г.
2. С.С. Ляпидевский, Невропатология, Москва «Просвещение» 1965 г.