Оглавление

Введение

§ 1 Проблемы обучения и воспитания детей со сложной структурой дефекта, описание коррекционных подходов в исследованиях отечественных и зарубежных авторов,

§ 2 Особенности познавательной сферы у детей со сложной структурой дефекта

§ 3. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП

§ 4 Отношение общества к данной категории детей.

Список литературы

Введение

воспитание дети коррекционный дефект

Проблема сложной структуры дефекта становится всё более актуальной для современной психопатологии детского возраста, патопсихологии и коррекционной педагогики.

За последние десятилетия специалисты, работающие в области этих наук, отмечают рост числа случаев сложных нарушений развития. Не вызывает сомнений, что основной причиной этого феномена является влияние неблагоприятных генетических и средовых факторов. Также хочется отметить, что развитие специализированной помощи, повышение квалификации специалистов и большая информированность населения привели к тому, что диагностика стала более точной и дифференцированной. Соответственно, во многих случаях там, где мы ставили диагноз глубокой умственной отсталости и советовали поместить ребёнка в учреждения социальной защиты населения, теперь выявляют сложную структуру дефекта и предлагают таким детям медицинскую помощь вне стационара и психолого-педагогическую коррекцию. Тот факт, что в России общество постепенно начинает признавать необходимость обучения и социальной адаптации детей, страдающих сложными формами нарушений развития, заставляют специалистов всё больше задумываться о том, как строить систему работы с данным контингентом.

В настоящее время среди воспитанников образовательных учреждений увеличилось число детей со сложными (комплексными) нарушениями в развитии. Значительная часть таких детей не справляется с темпами освоения материала традиционных коррекционных программ воспитания и обучения, испытывает трудности социальной адаптации и обучения в школе. Эти дети нуждаются в особой организации воспитательно-образовательной работы, содержание, формы и методы которой должны быть адекватными их возможностям.

Анализ опыта создания в Российской Федерации классов (групп) для детей со сложными нарушениями в развитии свидетельствует о трудностях, с которыми сталкиваются педагоги при организации обучения и воспитания таких детей. В настоящее время можно констатировать, что необходимое программно-методическое обеспечение разрабатывается в достаточной мере лишь для групп слабослышащих детей со сложными (комплексными) нарушениями в развитии. Классы (группы) для слабослышащих детей со сложными нарушениями в развитии создаются для обучающихся, у которых нарушение слуха сочетается с первичной задержкой психического развития, умственной отсталостью, нарушениями опорно-двигательного аппарата, мозговых механизмов речи, снижением зрительного восприятия.

Для меня, как для учителя-дифектолога, проблема работы с детьми со сложной структурой дефекта, представляет практический интерес: официальных утверждённых программ для таких детей я не встречала. Единственный вариант, который признаётся в нашей системе государственного коррекционного обучения – это программа для детей-имбицилов, которая лишь частично подходит для работы , а методические разъяснения бедны, малоэффективны и не учитывают приоритетности проблем, стоящих перед этими детьми и их семьями.

На мой взгляд, следует уделить большее внимание практической психолого-педагогической помощи, внедрению существующих коррекционных подходов, которые включают не только овладение какими-то знаниями, но и помогает эти знания использовать на доступном уровне, социализировать детей, решить (хотя бы частично) их проблемы поведения, максмально адаптировать их к повседневной жизни, к нахождению в социуме.

Данная работа – это попытка систематизировать различные методики и коррекционные подходы и решить, какие из них наиболее приемлемы для практической работы конкретного учителя в конкретном классе.

§ 1 Проблемы обучения и воспитания детей со сложной структурой дефекта, описание коррекционных подходов в исследованиях отечественных и зарубежных авторов

Исследования в области коррекционного обучения детей со сложной структурой дефекта базируются на методологических, теоретических и методических подходах, разработанных в дефектологии в предшествующие десятилетия применительно к обучению слепоглухих детей, так как именно в этой области были достигнуты выдающиеся и широко признанные в мире результаты (Соколянский И.А., Мещеряков А.И., Скороходова О.И. и др.). В целях разработки научно-методических и теоретических основ государственной системы помощи детям со сложной структурой дефекта, которая станет важнейшей частью системы специального образования на новом этапе ее развития, рассматривались проблемы обучения и воспитания детей с различными вариантами комплексных нарушений. В экспериментальных исследованиях принимали участие неслышащие и слабослышащие дошкольники со сложным нарушением, неслышащие учащиеся подготовительных и начальных классов с задержкой психического развития и нарушенным зрением, последствиями ДЦП, неслышащие подростки с прогрессирующим нарушением зрения, люди с тяжелыми последствиями раннего детского аутизма, глубоко умственно отсталые дети с сенсорными и двигательными нарушениями На основании исследований, направленных на клиническое и психолого-педагогическое изучение разных групп детей со сложным нарушением удалось уточнить особенности развития этих детей и описать условия повышения эффективности их обучения. Показан сложный характер нарушений у детей, которых принято считать только глубоко умственно отсталыми и выделены проблемы для их дальнейшего клинического и психолого-педагогического изучения. В результате исследования разработан и экспериментально проверен ряд вариативных организационных форм образования для детей со сложными аномалиями развития (Александрова Н.А.). Продолжено исследование посвященное проблемам обучающихся в школе для неслышащих детей подростков со сложными множественными нарушениями в развитии. На примере детей с часто встречающимся наследственным синдромом - синдромом Ушера (глухота и прогрессирующее снижение зрения), исследовались особенности психологического принятия (или непринятия) родителями измененного состояния ребенка. Получены данные, характеризующие основные этапы процесса принятия изменяющего состояния ребенка родителями. Намечены подходы к решению наиболее часто встречающихся проблем во взаимодействии родителей с теряющим зрение глухим ребенком, с другими членами семьи, а также с дальним окружением. (Саломатина И.В.).

Изучено положение детей с умственной отсталостью в школе для неслышащих и в школе для незрячих и слабовидящих, а также возможности воспитания детей с глубокой умственной отсталостью и тяжелыми последствиями раннего детского аутизма в семьях (Александрова Н.А., Копыл О.Л., Либлинг М.М., Веденина М.Ю.). На основе обобщения опыта практической работы и экспериментальных исследований разработаны методические приемы формирования навыков общения у умственно отсталых слепых подростков в условиях специального обучения, рекомендации для родителей, воспитывающих глубоко умственно отсталых детей и глухих детей с множественными нарушениями. Разработаны и описаны формы психолого-педагогической помощи в социально-бытовой адаптации людей с тяжелыми последствиями раннего детского аутизма (РДА) в условиях семьи. Проанализированы условия и доказана возможность продвижения в социально-бытовой адаптации глубоко аутичных детей, подростков и взрослых традиционно признаваемых необучаемыми. Показано, что интенсивный поведенческий тренинг является эффективным лишь в сочетании со смысловой организацией жизни аутичного человека (Веденина М.Ю.). Осуществлена попытка экспериментальной реализации начальных этапов программы целенаправленного формирования читательской деятельности у детей с глубокими нарушениями зрения и слуха в группе для детей со сложной структурой нарушений (глухота, нарушения зрения, последствия ДЦП). Доказана эффективность переноса подхода, первоначально разработанного для слепоглухих детей, на обучение глухих учащихся начальных классов с разнообразными дополнительными нарушениями, установлена необходимость и методические пути амплификации самых первых этапов формирования читательской деятельности у данной категории детей (Гончарова Е.Л., Пташник Е.В.). Начата разработка комплексного подхода к клинико-психологическому сопровождению семей, воспитывающих детей с множественными врожденными нарушениями развития. Доказана необходимость углубленной психотерапевтической работы с такими семьями, показаны основные проблемы в её организации (Александрова Н.А., Копыл О.Л.). На основе проведенных исследований разработан ряд методических рекомендаций: по развитию социально-бытовых навыков у людей с тяжелыми формами аутизма в условиях семьи; по воспитанию неслышащих подростков с нарушенным зрением в школе для неслышащих; по развитию средств общения у дошкольников со сложными сенсорными нарушениями. Описаны методические подходы к дифференцированному обучению словесной речи неслышащих младших школьников с задержкой психического развития. Предложено новое содержание первых занятий по развитию речи для неслышащих дошкольников с нарушенным зрением и другими дополнительными нарушениями, не справляющихся с традиционными программами обучения неслышащих детей. Представлены образцы и методические приемы создания первых книг для чтения младших неслышащих школьников с дополнительными нарушениями.

Под влиянием новых ценностных ориентаций общества и государства, новой законодательной базы растет осознание того факта, что сложившаяся система специального образования, характеризующаяся явным креном в сторону формирования общеобразовательных знаний, умений и навыков, не обеспечивает и не может обеспечить целенаправленного личностного развития детей и их подготовки к самостоятельной взрослой жизни в столь кардинально изменившихся условиях. Становится все более и более очевидной необходимость переосмысления соотношения образовательных достижений ребенка и достижений в области жизненной компетенции, переосмысления роли и места личностного, социально-эмоционального развития, развития самосознания и самопознания, сознательной регуляции поведения ребенка в социуме и его подготовки к реальной жизни. Именно поэтому в последние годы закономерно растет доля разработок Института по проблемам формирования культурно-гигиенических навыков, навыков самообслуживания, социально-бытовой ориентации, сознательной регуляции поведения, социальной и трудовой адаптации, социально-эмоционального развития и других содержательных аспектов проблемы "воспитания". Впервые обобщены результаты разработок, направленных на проектирование общей модели нового раздела содержания специального образования, поддерживающего развитие самосознания и самопознания у детей с различными отклонениями в развитии. Раздел обучения с условным названием "Внутренний мир человека" рассматривается при этом как смыслообразующая парадигма проектирования нового содержания специального образования в целом. Представлены цели, задачи, тематические блоки раздела, последовательность этапов обучения, исходный базовый уровень развития ребенка, необходимый для освоения данного раздела (Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И.). Особое внимание уделено разработке средств, обеспечивающих возможность презентации ребенку недоступных непосредствнному восприятию явлений внутренней эмоциональной жизни человека, их развернутого знакового опосредования, моделирования и прогнозирования в этой области (Кукушкина О.И.). Предприняты первые попытки экспериментальной апробации программы и методического сопровождения пропедевтического этапа обучения в детском доме для слепоглухих детей г. Сергиева Посада (директор Федоров А.А.), в специальной школе для детей с задержкой психического развития г. Новоуральска (директор Воробьев И.К.), в школе для детей с нарушениями слуха г. Нижневартовска (директор Полишко В.А.). Разрабатывается и апробируется исследовательский инструментарий для изучения содержания личного жизненного опыта и представлений детей с нарушениями слуха, речи, интеллекта о явлениях внутреннего мира человека в школе-клинике для детей с нарушениями слуха и речи ИКП РАО (директор Тугова Н.А.), в школе-лаборатории № 196 г. Москвы (директор Барышникова Н.А.).

В сфере медико-социальной реабилитации детей, нуждающихся в особой помощи, проблема разработки научных основ коррекционной педагогики чрезвычайно актуальна и занимает особое место. Компенсация отклонений в развитии и социальная адаптация детей с особыми нуждами возможна только на основе научно-верифицированных систем коррекционного обучения. Создание таких систем базируется на знаниях психологических закономерностей и нейро-психофизиологических механизмов психического развития ребенка. Анализ результатов исследования детей с нарушениями слуха, зрения, интеллекта и речи выявил общую закономерность изменений развития, т.е. было установлено отрицательное влияние патологических факторов и сенсорно-перцептивной депривации на формирование морфофункциональной организации мозга как единой системы. Для всех исследованных категорий детей было характерно разное по степени отклонение от нормы функционирования и взаимодействия трех основных систем мозга - анализирующей, активирующей и регулирующей. Вместе с тем выявлены специфические особенности интегративной деятельности мозга в группах детей с сенсорными нарушениями, задержкой психического развития (ЗПР) и общим недоразвитием речи (ОНР). При снижении зрения или слуха длительная сенсорно-перцептивная депривация в первую очередь обусловливает недостаточность анализирующей системы мозга. Это связано с тем, что в условиях грубого ограничения сенсорной афферентации не формируются (или недостаточно формируются) межнейронные связи в первичных (проекционных) полях; вследствие этого нарушается развитие внутрикорковых связей между первичными (проекционными), вторичными и третичными (ассоциативными) корковыми зонами, что затрудняет опознание воспринимаемых объектов. Недостаточность анализирующей системы мозга влечет за собой отклонения в развитии регулирующей и активирующей систем, в особенности механизмов локальной активации, что определяет несформированность свойств селективного внимания. Воздействие различных патологических факторов на ЦНС, вызывающее нарушения интеллекта и речи, в первую очередь оказывает отрицательное влияние на развитие активирующей и регулирующей систем мозга, что значительно снижает эффективность функционирования анализирующей системы. У детей с ОНР выявлено также нарушение формирования функциональной специализации полушарий мозга.

Результаты проведенных исследований используются для создания новых и совершенствования имеющихся методов диагностики функционального состояния ЦНС детей (Рожкова Л.А., Толстова В.А.). Анализ многоканальной ЭЭГ необходим для установления точного диагноза, подбора (при необходимости) адекватной лекарственной терапии и индивидуального режима нагрузок. Использование новейших методов обработки ЭЭГ на компьютере позволяет установить характер поражения ЦНС (функциональное или органическое); при наличии очага патологической активности - определить его локализацию в мозге; исследовать особенности функционального взаимодействия между различными зонами коры у детей с сенсорными, интеллектуальными и речевыми нарушениями. Детальное исследование ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования, в ситуациях ориентировочной реакции, при решении различных сенсорно-перцептивных и интеллектуальных задач необходимо для оценки степени сформированности основных функциональных систем мозга и разработки соответствующих медико-психологических коррекционных мероприятий. Кроме того, используются методы анализа слуховых и зрительных вызванных потенциалов, позволяющие оценить морфофункциональное состояние слухового и зрительного анализатора (Алиева З.С.). Методы не имеют возрастных ограничений, широко применяются в ранней и дифференциальной диагностике зрения и слуха; позволяют разграничить функциональные и органические поражения как в зрительной, так и в слуховой системах. Метод анализа длиннолатентных слуховых ВП в сопоставлении с поведенческими реакциями позволяет объективно определить пороги слуховой чувствительности, реактивности слухового анализатора, степень депривации, эффективность слухопротезирования и аудиологопедагогической работы с детьми. Метод анализа зрительных ВП позволяет установить уровень поражения зрительной системы, проследить за восстановлением зрительных функций в процессе лечения. Результаты фундаментальных нейро-психофизиологических исследований явились основанием для создания комплексной модели компенсации нарушений когнитивного развития детей дошкольного и младшего школьного возраста (Григорьева Л.П.). В самом общем виде эта модель может быть описана следующим образом. Она включает медикаментозные, психофизиологические и психологические факторы, воздействующие на пластические свойства нейронов и нейронных сетей высших корковых центров. Психофизиологическая стимуляция сенсорных процессов направлена на специфическую активацию нейронных сетей анализаторов, что может уменьшать депривационный эффект в ЦНС и приводить к частичному улучшению сенсорной основы когнитивных функций. Формирование познавательных потребностей и мотивации мобилизует генетико-биохимические механизмы, связанные с активирующей системой мозга. Развитие перцептивно-когнитивных операций на наглядном (зрительном) материале способствует формированию функциональных взаимодействий проекционных и ассоциативных корковых областей, т.е. совершенствованию анализирующей и интегрирующей систем мозга и, следовательно, развитию мнемических и мыслительных процессов. Развитие функций речи в процессе перцептивного обучения связано с формированием регулирующей системы мозга и служит основой для создания семантической сети, наполненной сенсорным содержанием.

Результаты контрольных исследований, проведенных перед началом и после окончания перцептивного обучения, выявили существенное увеличение вероятности правильного опознания сенсорных признаков объектов. Наряду с этим в ходе перцептивного обучения формировались когнитивные операции, входящие в сложную систему зрительного восприятия: анализ-синтез признаков объекта и принятие решения о нем, формирование эталонного образа как зрительного обобщения, соотнесения новых образов с эталонами памяти. Начато изучение особенностей перцептивного-когнитивного развития недоношенных младенцев. В большинстве случаев (67%) выявлена зависимость уровня их развития от степени недоношенности и от тяжести перинатальной патологии ЦНС. Установлено, что отставание в перцептивно-когнитивном развитии относительно скорректированного возраста ребенка является неблагоприятным прогностическим признаком (Бернадская М.Э.). В ходе обобщения результатов многолетнего изучения детей с трудностями в обучении выделены критерии диагностики у них церебральной астении. Показано, как использование синдромального подхода при анализе результатов комплексного диагностического обследования неуспевающих школьников помогает осуществлять интеграцию клинических, психологических и педагогических данных (Дробинская А.О.). Предпринята попытка дифференциации сходных форм речевой недостаточности у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Сгруппированы и описаны так называемые параллельные симптомы, являющиеся индикаторами определенных патологических состояний при дифференциации алалии и корковой дизартрии, сложной дислалии и нерезко выраженной дизартрии, ринолалии и др. Разработаны рекомендации к процедуре логопедического обследования, описаны способы интерпретации его результатов и постановки соответствующих этим результатам коррекционных задач (Чиркина Г.В.). В ходе изучения ранних этапов онтогенеза читательской деятельности детей с различными отклонениями в развитии разработан и впервые представлен диагностический инструментарий для оценки готовности детей к решению собственно "читательских задач" (на идентификацию героя текста с тем или иным действующим лицом, на прослеживание действий героя и определение их результатов, на восстановление временного и пространственного контекста действий героя). В предлагаемом комплекте методик реализована идея контролируемого усложнения выделенных "читательских задач" при минимизации трудностей в понимании прочитанного, обусловленных бедностью словаря, недостаточной сформированностью грамматического строя речи и ограниченностью представлений об окружающей действительности (Гончарова Е.Л.). Проведенные теоретические исследования являются основой для проведения прикладных исследований, обеспечивающих переход на качественно новый, более высокий уровень диагностики и коррекции отклонений в эмоциональном развитии у разных категорий детей разных возрастов.

Сложная структура дефекта может встречаться в самых различных сочетаниях разнообразных психических, неврологических и двигательных нарушений. Знакомство с различными коррекционными подходами и возможность их практического использования в самых разных случаях является предметом моего пристального внимания.

Общая характеристика поведенческой терапии.

В нашей стране длительное время существовал определенный дефицит информации о прикладном бихевиоризме (от англ. слова behaviour» - поведение). В настоящее время ситуация меняется, всё чаще издаются книги, в которых содержится описание методик поведенческой терапии. Как в отечественных, так и в западных публикациях – особенно в популярной литературе – часто используются различные наименования данного направления практической психологии. В связи с этим, прежде всего , хотелось бы перечислить основные названия для того, чтобы в дальнейшем употреблять некоторые из них в качестве синонимов.

Аутентичное название описываемого подхода – прикладной анализ поведения («Applied Behavior Analysis» - «АВА»), который. в свою очередь, является одной из отраслей бихевиоризма, наряду с эксперементальным и концептуальным бихевиориальным анализом. В качестве аналога в американской литературе встречается названия «модификация поведения». Наименования «поведенческая терапия» или «оперантная терапия» используются в европейской литературе.

Черты, характеризующие поведенческую терапию в целом:

Поведенческая терапия, как следует из названия, работает с поведением, а именно, с реакциями организма, производящие наблюдаемые изменения во внешней среде или в самом организме. Следовательно, весь коррекционный процесс описывается в терминах поведения, традиционная психологическая терминология используется в ограниченном объёме. Целью бихевиоральной терапии является формирование некоторого социально приемлемого, желаемого поведения в тех случаях, когда оно отсутствуют или имеются его нарушения.Таким образом, поведенческий подход является социально ориентированным.

Систематическое построение поведенческой терапии служит гарантией продуманности и эффективности коррекционного процесса, а именно построение по модели естественно-научного эксперемента. Как уже отмечалось, поведение является внешне наблюдаемым, поэтому можно фиксировать некоторые произвольно выбранные параметры этого поведения и изменения этих параметров под влиянием внешнего воздействия, а количественный и качественный анализ собранных данных позволяет судить об эффективности работы специалистов и о том, что следует изменить, если необходимо.

Поведенческая терапия построена как процесс обучения. Можно сказать, что поведенческая терапия является директивным направлением директивным направлением в психотерапии. Ролевые позиции клиента и терапевта чётко обозначены и определены: терапевт обучает «правильному» поведению или коррегирует социально нежелательные формы поведения, клиент – тот, кто обучается. В рамках терапии клиент – ведомый, его свобода ограничивается рамками терапевтического процесса.

На начальных этапах работы с детьми по методикам поведенческого подхода фактически неизбежны реакции протеста и проявления негативных эмоций со стороны ребёнка. Родители вместе со специалистом должны решить, насколько этот момент будет травмирующим для ребёнка и для них, насколько он для них приемлем, и нет ли других возможностей сформировать необходимые навыки.

Необходимо сделать следующее замечание. Бихевиоризм принадлежит к тем эмпирическим направлениям в психологии, которые развивающую роль в развитии человека отводят внешним факторам. Следовательно, в поведенческой терапии имеет место подобная завышенная оценка возможностей коррекции поведенческих нарушений извне. Недоучёт внутренних психологических и биологических факторов, влияющих на поведение, является одним из основных недостатков поведенческой психологии. В связи с этим специалистам, которые в той или иной степени пытаются применять методики поведенческой терапии, необходимо это учитывать и проявлять определённую критичность и осторожность.

Бихевиористы полагают, что поведение определяется прежде всего средой. Исходя из этого, предполагается, что если коррекционный процесс не изменяет поведение, то – с точки зрения поведенческой терапии – он построен неправильно. Данная позиция сказывается и в строгом требовании к внимательному наблюдению за поведением прежде, чем начинать работу. Каждому внутреннему фактору, который предположительно может негативно повлиять на коррекционный процесс, как «противоядие», должно быть противопоставлено некое изменение в среде, снимающее эту проблему.

Например, если внимание ребёнка с трудом концентрируется на учебной ситуации, то среда вокруг ребёнка должна быть сенсорно «бедной» - из предметов должны быть представлены лишь те, которые нужны в данный момент.

Таким образом, специалист, работающий по методикам поведенческой терапии, не имеет оснований говорить, что коррекционный процесс был неэффективен потому, что у ребёнка нарушена концентрация внимания; причиной неуспеха будет что-то иное, например, малая структурированность среды вокруг ребенка или недостаточная сила подкрепления.

Данный подход стимулирует творческую активность педагогов и психологов в поиске эффективных методов работы даже в тех случаях, которые могут рассматриваться как «малоперспективные». Как правило, данный коррекционный подход приводит к определённым улучшениям в поведении детей и подростков, с которыми были неэффективны другие методы работы. Поведенческая терапия позволяет сформировать многие адаптивные навыки поведения, которые в дальнейшем способствуют более успешной социализации.

TEACCH-подход. Общая характеристика.

ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic Children and Related Communication Handicapped Children) – программа коррекции для аутичных детей и детей со сходными нарушениями общения; разработана в Университете Северной Каролины, США, используется в качестве государственной программы по обучению аутичных детей в Бельгии, Дании, некоторых штатах США.

ТЕАССН – программа ставит те же цели и задачи, что и бихевиоральная терапия, но к их решению подходит иначе. Весь процесс коррекции строится на результатах глубокого изучения особенностей психики, причем основной акцент делается на особенности мышления (theory of mind), а также восприятия и других когнитивных функций, что сближает этот подход с когнитивной психологией.

Кроме того, в рамках ТЕАССН исходно полагается, что достаточно полный уровень адаптации недостижим, а в наиболее ортодоксальном варианте даже попытка выйти за обусловленные структурой дефекта границы признается неправомерной, поскольку нарушает права такого человека быть таким, какой он есть. Поэтому практическая задача становится двойственной: дать клиенту возможно более широкий спектр навыков и, в то же время, структурировать пространство и время адекватно его особенностям. Свободное и независимое существование может быть достигнуто, но в специально созданных условиях. Социализация специальной целью обучения не является, однако, благодаря предсказуемости и четкой пространственной организации происходящего уменьшаются проявления страхов, тревоги, агрессии и др., на основе механического научения, накопления определенного запаса стереотипов поведения приобретается какой-то набор навыков, достигается определенный уровень социализации.

Основные принципы ТЕАССН достаточно четки и немногочисленны, их трактовка допускает достаточно широкий спектр толкований и конкретных воплощений, что в полной мере относится и к показаниям к использованию. Негативная сторона – столь же широкий диапазон показателей эффективности, если об этом можно говорить при фактической неопределенности ее критериев. Как пошутил один известный российский детский психиатр, "ТЕАССН – это психологический экзистенциализм".

Обучение строится с учётом специфики развития каждого ребёнка, а также в соответствии с типологическими особенностями развития детей с тяжёлыми и множественными нарушениями.

Эмоционально-уровневый подход. Общая характеристика.

Авторы эмоционально-уровневого подхода признают первазивный характер расстройств при аутизме, однако наиболее существенными считают нарушения эмоциональной сферы. Ими разработаны представления об уровневой структуре аффективной сферы, которые являются теоретической базой этого подхода. Метод предполагает установление эмоционального контакта терапевта с ребенком, снятие с помощью различных конкретных методов страхов, агрессии, негативизма, стереотипий, развитие коммуникации и социального взаимодействия. Круг конкретных средств четко не обозначен, но на первом плане – игротерапия, специальные варианты психодрамы, эстетотерапия, которые используют прежде всего наиболее развитые возможности клиента. Любые элементы директивности исключаются. Предполагается, что создание мотивации к наиболее привлекательным видам деятельности повлечет за собой развитие и всех других сторон психики. Использование таких средств, как расписание на основе фотографий или табличек с надписями допускается, но считается не более чем вспомогательным средством. Вопросам организации и социализации поведения достаточного внимания не уделяется.

Метод направлен почти исключительно на энергетическую сторону психики и почти не затрагивает структурно-функциональных и онтогенетических моментов: восстановим мотивацию – а дальше все пойдет само собой. Это позволяет рассматривать этот подход как своеобразную попытку модернизировать и адаптировать к проблемам аутизма психоанализ.

На практике метод относительно эффективен при легких формах аутизма, хотя поведенческих проблем он не снимает где значительное место в клинической картине составляют невротические расстройства, но в случае более тяжелых нарушений результаты если и достигаются, то не скоро и значительно более скромные.

Какие факторы следует учитывать при выборе подхода ?

1. Характер структуры дефекта: специфика каждого из подходов такова, что на первых этапах коррекции ставятся различные задачи, роль разных сфер психической деятельности считается ведущей. Поэтому представляется разумным применять эмоционально-уровневый подход при работе с детьми, у которых на первый план выступают аффективные нарушения, особенно, если они служат основным препятствием к общению и развитию. С другой стороны, при выраженной умственной отсталости, когда интеллектуальные нарушения играют не меньшую роль, чем эмоциональные и коммуникативные, при отсутствии у ребенка страхов и сензитивности к контакту более логичным кажется использование поведенческих методик, которые позволяют формировать предпосылки для развития интеллекта.

2. Организационные возможности. Важно, чтобы в наличии были специалисты, владеющие методиками работы в рамках упомянутых подходов. Это условие часто оказывается невыполнимым, однако, должно соблюдаться хотя бы в некоторой степени

Имеет значение объем предполагаемой работы – например, начинать развернутую поведенческую терапию при количестве занятий, меньшем, чем 15-20 часов индивидуальной работы в неделю, представляется неразумным.

Существенную роль играет то, в каких условиях будут проходить занятия – есть ли возможность выбирать их или менять по вашему усмотрению. Работа с использованием ТЕАССН-подхода и поведенческой терапии (в меньшей степени) требует определенной организации пространственной среды. Если нет возможности перемещать мебель, убирать из поля зрения ребенка лишние предметы, подбирать подходящие материалы и пособия, то от систематического применения этих подходов в своей работе лучше отказаться. Эмоционально-уровневый подход также предполагает создание особой среды, которая помогает ребенку чувствовать себя комфортно, а психологу – находить возможности для взаимодействия с ребенком, но создать такую среду, как правило, легче.

Таким образом, при выборе коррекционного подхода необходимо учитывать организационные составляющие ситуации, сложившейся в том образовательном (медицинском, социальном, научном) учреждении, где Вы работаете.

3. Возраст ребенка на момент начала коррекционной работы является важным фактором, влияющим на решение о том, применение какого подхода наиболее адекватно. В первую очередь, учитывается психический возраст, определять который желательно не только при помощи тестов, но и опираясь на качественный анализ особенностей развития каждого ребенка, а также на уровень его социальной адаптации. Тот факт, что для сложных и осложненных форм аутизма характерно сочетание нескольких вариантов психического дизонтогенеза, делает задачу определения психологического возраста очень трудной. Весьма часто мы видим следующую картину: по своему аффективному развитию ребенок находится на уровне 2-3 месяцев, по речевому развитию – на уровне года, по развитию зрительного восприятия – на уровне 4-х лет, по развитию моторики – на уровне 3-х лет; при этом физический возраст ребенка – 5 лет. Если отставание аффективной сферы столь существенно, необходимо начинать коррекцию с применения эмоционально-уровневого подхода. В то же время, следует отметить, что при глубокой патологии аффективной сферы использование данного подхода иногда не приносит значительных изменений в общую картину нарушений развития. Когда возникает подобная ситуация, на наш взгляд, через несколько месяцев следует начинать использование других подходов. Такая необходимость частично объясняется возрастным фактором: чем старше ребенок, тем труднее формировать поведенческие навыки и стереотипы, без которых невозможна адаптация в социуме. Если нет возможности путем коррекции впрямую повлиять на эмоциональные нарушения, необходимо использовать более сохранные функции для максимально более полной реализации потенциальных возможностей ребенка. При этом сохраняется возможность опосредованного воздействия на аффективную сферу.

4. Социальная ситуация развития. Чтобы решить, как работать с ребенком, необходимо проанализировать, каковы реальные и потенциальные возможности его социальной адаптации. При знакомстве с семьей нужно попытаться сделать если не заключение, то хотя бы предположение о том, какое место занимает ребенок в семье, каковы ожидания родителей. Позиция родителей в отношении ребенка, требования, которые они к нему предъявляют, их готовность к сотрудничеству и участию в коррекционном процессе очень важны при выборе подхода. Если такое сотрудничество невозможно (например, в ситуации, когда родители работают, а с ребенком сидит бабушка), то, на наш взгляд, лучше применять эмоционально-уровневый подход, в рамках которого основная работа ведется "здесь и сейчас". Поведенческий и ТЕАССН подходы в большей степени рассчитаны на изменение всех сфер жизни ребенка на длительное время, поэтому их применение можно начинать, если есть уверенность в том, что семья будет работать в том же направлении, что и специалисты. С другой стороны, необходимость обучения ребенка жизненно важным навыкам (например, навыкам самообслуживания; невербальной коммуникации) порой заставляет отступать от этого правила.

§ 2 Особенности познавательной сферы у детей со сложной структурой дефекта

В России на основе изучения особенностей развития детей с особенностями развития создана система коррекционного обучения . Исследования, посвященные изучению неуспевающих детей с различными нарушениями (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Г.Л. Зайцева, И.А. Соколянский, С.А. Зыков, М.С. Певзнер, Г.П. Бертынь, Т.В. Розанова, Т.А. Басилова, И.Л. Соловьева) привели к выделению особой группы детей со сложной структурой дефекта. "Сложный дефект - сочетание двух или более числа нарушений в системах организма, что обуславливает существенное своеобразие их психофизического развития" (Г.П. Бертынь). Дети со сложной структурой дефекта - это такая категория детей, которые наряду с общим для всех них состоянием – интеллектуальная недостаточность, опорно-двигательные нарушения, слепота, глухота - имеют одно или несколько системных нарушений.

Довольно часто среди генетических нарушений развития наблюдаются множественные пороки развития ребёнка, сочетающие нарушения слуха, зрения, умственную отсталость. Генетикам известно более 250 синдромов, в которых отмечается нарушение слуха, приблизительно 80 из них связаны с нарушением зрения. Также наряду с вышеперечисленными недостатками развития может иметь место психическая депривация. Психическая депривация - это психическое состояние, возникшее в результате определенных условий, в которых субъекту не представляется возможность для удовлетворения ряда его основных психосоциальных потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени. Например, у глухих детей наиболее часто встречаются следующие характерные синдромы психической депривации: задержка и искажение интеллектуального развития, обеднение познавательной сферы; волевые нарушения от снижения активности до выраженной пассивности, слабости и истощаемости побудительных мотивов; эмоциональные расстройства в виде различных депривационных состояний.

От первичных нарушений зависит содержательно-психологическая направленность коррекции умственного развития, развития личности и профилактики вторичных нарушений. Неотъемлемой частью коррекционной работы является также эффективное лечение соматических и нервно-психических нарушений. Оно должно быть направлено на преодоление цереброастенических и нервно-психических нарушений. Оно должно быть направлено на преодоление цереброастенических расстройств, соматических отклонений и психиатрическую помощь при наличии поведенческих, личностных и психотических нарушений.

В трудах Л.С. Выготского обосновано положение о том, что глухой ребёнок достигает того же развития, что и нормально слышащий, но это происходит с помощью иных, что и нормально слышащий, но это происходит с помощью иных способов и средств. Важно знать пути, по которым следует развивать ребёнка. Психическое развитие детей, формирование личности в целом тесно связаны с процессом обучения и воспитания.

Своеобразие человека с о сложной структурой дефекта, его особенности требует специальных условий обучения, создание среды, адекватной для полноценного развития его личности. Определив особенности ребенка с недостатками слуха, можно ставить и решать конкретные задачи, выбирать пути обучения и воспитания.

Большую часть своего времени в детстве и подростковом возрасте человек проводит в школе. Усвоение ребенком учебных знаний, умений, навыков, а также усвоение им правил поведения в обществе, навыка межличностного общения, накопление определённого культурного минимума формируется через комфортность обучения той среды, в которой находится ребенок. Под комфортностью обучения подразумевается наличие такого режима в школе, когда ребенку даются посильные интеллектуальные и физические нагрузки, когда воспитанник не замыкается в себе, а стремится к общению со сверстниками, с окружающими его людьми. Комфортность обучения - это те микросреда и микросоциум в школе, в которых ребенок имеет возможность раскрыть и реализовать свой природный творческий потенциал. Исходя из возможностей детского коллектива должно определяться содержание обучения, учебные планы, программы, виды деятельности, методическое обеспечение уроков, разумное чередование учебной деятельности и отдыха, создание системы воспитания и развития творческих способностей детей, необходимых и возможных для данного учебного учреждения.

В специальных коррекционных учреждениях для глухих детей педагогическое сопровождение должно осуществляться в связи с психологическим. Главное - адаптировать ребёнка к школьным условиям и задачам. Естественно, что поведенческие и психические проявления адаптации индивидуальны и зависят от характера ребёнка, от состояния его здоровья.

Такие дети в большей степени, чем слышащие, требуют помощи и поддержки в обучении и воспитании. Поддержка учащегося - это организованная психолого-педагогическая помощь с целью повышения эффективности и качества его обучения и воспитания. Поддержка представляет собой комплекс действий, методик, мероприятий, реализующих цели образования. Смысл в том, чтобы оказать помощь ребёнку в адаптации к условиям учреждения и на пути овладения знаниями и навыками, которые помогут ему войти в социум, перейти из упрощенного и специфического мира школы в сложный и трудный современный мир, найти в нем место, обрести самостоятельность в различных сферах жизни.

Особенности познавательной сферы детей со сложной структурой дефекта освещены в психологической литературе достаточно широко (М.В. Жигорева, В.И. Лубовский, 1989; Л.И. Переслени, 1984; В.Л. Подобед, 1988; И.Ю. Кулагина, Т.Д. Пускаева, 1989 и др.). В.И. Лубовский отмечает недостаточную сформированность произвольного внимания таких детей , дефицитарность основных свойств основных свойств внимания: концентрации, объема, распределения. Память характеризуется особенностями, которые находятся в определенной зависимости от нарушений внимания и восприятия. В.Г. Лутонян отмечает, что продуктивность непроизвольного запоминания значительно ниже, чем у их нормально развивающихся сверстников.

Отмечается низкий уровень сформированности всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса . Дефекты речи у детей со сложной структурой дефекта отчетливо проявляются на фоне недостаточной сформированности познавательной деятельности.

Кроме того, характерными свойствами детей этой группы детей является крайняя медлительность, инертность, трудность переключения с одного задания на другое, вялость, безынициативность, неумение использовать оказываемую им помощь. Затруднения проявлялись при решении любых задач, направленных на выявление особенностей наглядно-образного и наглядно-действенного мышления.

Наиболее актуальным мне представляется вопрос об интеллектуальной сохранности ребёнка при различных комбинациях дефектов, т.к. именно это определяет его «зону ближайшего развития».

Для олигофренов характерна неврологическая, преимущественно правосторонняя, симптоматика, а у остальных детей с нормальным интеллектом, как правило, неврологическая симптоматика отсутствует, недоразвитие познавательной деятельности носит специфический характер, обусловленный речевым недоразвитием, у них отмечается достаточный уровень развития наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. В процессе специального обучения они способны овладеть и абстрактно-логическими формами мышления; используют оказываемую помощь. Они отличаются адекватным поведением, направленностью в процессе деятельности, правильным отношением к окружающему, критичностью, способностью контролировать свое поведение и деятельность.

Наиболее подробно хотелось бы остановиться на особенностях познавательной и эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП, РДА и синдромом Дауна, кто, собственно, и представлен в моём класса. Предварительно хочу сказать, что в классе 5 детей и у всех сложная структура дефекта. Причём все дети слишком разные, чтобы говорить обо всех сразу. Хотелось бы остановиться на особенностях педагогической работы с каждым ребёнком отдельно и выработать общую стратегию работы со всеми, учитывая индивидуальные особенности каждого.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ДЦП.

При ДЦП можно говорить об особом виде психического дизонтогенеза: о дефицитарном развитии. Данный вид психического дизонтогенеза возникает при тяжелых нарушениях отдельных анализаторных систем, в том числе и при нарушениях в функционировании двигательного анализатора при ДЦП. Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Нарушения развития отдельных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Дефицитарность моторной сферы обусловливает явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

Оптимальное развитие такого ребенка может происходить только при условии адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционно-развивающей работы возникают и нарастают явления депривации, усугубляющие двигательную, познавательную и личностную недостаточность.

Психический дизонтогенез по дефицитарному типу и составляет основу аномалии психического развития у детей с ДЦП, определяет характерную возрастную динамику и неравномерность психического, двигательного и речевого развития. Выраженная диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп развития, а также качественное своеобразие в формировании психики — это главные особенности познавательной деятельности и всей личности ребенка с ДЦП.

Считается, что от 25 до 35% с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие этих детей идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Потенциально сохранный интеллект при ДЦП не означает полноценное, полностью соответствующее нормальному развитие. Основные виды психических нарушений при ДЦП — это задержка психического развития (встречается примерно у 50% детей с ДЦП) и олигофрения (имеет место у 25% детей с ДЦП), что свидетельствует о сочетании психического лизонтогенеза дефицитар-ного типа с дизонтогенезом по типу задержанного развития или недоразвития. Вместе с тем не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью интеллектуальной недостаточности при ДЦП. При различных формах ДЦП может встречаться и нормальное, и задержанное психическое развитие, умственная отсталость.

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

• нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;

• повышенная истощаемость всех психических процессов (це-реброастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Церебро-астенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;

• повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.

Внимание

Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истошаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредоточиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными.

Нарушения внимания могут быть связаны не только с цереброастеническими явлениями, но и с отклонениями в функционировании зрительного анализатора: с невозможностью фиксации взора, с недостаточным уровнем развития прослеживающей функции глаз, с ограничением поля зрения, нистагмом и др.

Обычно при ДЦП все свойства внимания задерживаются в своем развитии и имеют качественное своеобразие. Нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Например, при выполнении методики «Корректурные пробы» отмечаются пропуски элементов (предметов, букв, цифр), пропуски строчек, зачеркивание сходных по начертанию знаков. Кривая работоспособности отличается Неравномерностью. Это говорит о недостаточной устойчивости, концентрации и распределении внимания. Отмечаются также трудности в переключении внимания, застревание на отдельных элементах, что связано с инертностью психической деятельности.

Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Бывает, что ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия. Отмечается слабость активного произвольного внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начатьная стадия познавательного акта — сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации.

Исследование внимания у дошкольников (до 4 лет) с ДЦП проводила Н. В.Симонова. У детей с тяжелой двигательной патологией (без движений) с отсутствием речи и глубокой задержкой интеллектуального развития наблюдалось грубое нарушение внимания. Эти дети были неспособны фиксировать свое внимание на окружающих их людях и предметах. Более сохранным оказалось внимание к собственным действиям, частично удавалось привлечь их внимание к некоторым предметам постоянного обихода. При всех формах ДЦП особенно страдает переключение внимания (для этого в большинстве случаев требуется длительный период и неоднократная стимуляция).

Описанные выше нарушения внимания при ДЦП отражаются на всех последующих стадиях познавательного процесса, на функционировании всей познавательной системы в целом.

Восприятие

Восприятие у детей с ДЦП существенно отличается от восприятия нормально развивающихся детей, и здесь можно говорить и о количественном отставании от возрастных нормативов, и о качественном своеобразии в формировании данной психической функции.

У детей с ДЦП имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка с ДЦП на оптический и звуковой раздражитель возникает притормаживание общих движений. При этом отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции, т.е. поворот головы в сторону источника звука или света. У некоторых детей вместо ориентировочных реакций возникают защитно-оборонительные реакции: вздрагивание, плач, испуг.

Прослеживающая функция глаз при нормальном развитии формируется уже начиная с 1 мес. жизни. К 3 мес. ребенок способен следить за разнообразными движениями игрушки и в вертикальной, и в горизонтальной плоскости. Зрительное прослеживание у детей с ДЦП формируется позднее и характеризуется фрагментарностью, скачкообразностью и ограничением поля зрения.

При нормальном развитии с 5 —6 мес. особенно интенсивно начинают развиваться такие свойства восприятия, как активность, предметность, целостность, структурность и др. Все эти свойства начинают формироваться на основе активного перцептивного поведения. Ребенок погружается в предметный мир, активно осваивает пространство. Перцептивное поведение включает в себя активные зрительные «изучающие» действия и осязательные движения. Например, ребенок, знакомясь с игрушкой, осматривает ее и ощупывает. Такое зрительно-осязательное познание предмета иллюстрирует формирование образа восприятия.

У детей с ДЦП перцептивная активность затруднена в силу двигательного дефекта: нарушения двигательных функций, а также мышечного аппарата глаз нарушают согласованные движения руки и глаза. У некоторых детей глазодвигательная реакция имеет рефлекторный, а не произвольный характер, что практически не активизирует моторную и психическую деятельность ребенка. Дети не в состоянии следить глазами за своими движениями, у них нарушена зрительно-моторная координация, нет единства поля зрения и поля действия, что негативно сказывается на формировании образа восприятия, препятствует выработке навыков самообслуживания, развитию предметной деятельности, пространственных представлений, наглядно-действенного мышления, конструирования, а в дальнейшем тормозит усвоение учебных навыков, развитие познавательной деятельности в целом. Зрительно-моторная координация у детей с ДЦП формируется примерно к 4 годам. Недостаточность зрительно-осязательной интеграции отражается на всем ходе их психического развития.

У детей с ДЦП нарушение зрительного восприятия (гнозиса) затрудняет узнавание усложненных вариантов предметных изображений (перечеркнутых, наложенных друг на друга, «зашумленных» и др.). Существенные трудности наблюдаются в восприятии конфликтных составных фигур (например, утки и зайца). У некоторых детей часто долго сохраняется зрительный след от предыдущего изображения, что мешает дальнейшему восприятию. Наблюдается нечеткость восприятия картинок: одну и ту же картинку со знакомым предметом дети могут «узнавать» по-разному. Многие не умеют найти нужную картинку или узнать ее, не умеют найти нужную деталь на картинке или в натуре. Это мешает осмыслению сюжетных картин. Возникают затруднения в написании цифр и букв: изображения могут быть зеркальным» либо перевернутыми, ребенок плохо ориентируется на строке или в клетках тетради. Трудности графического воспроизводства букв могут быть связаны не только с нарушением оптико-пространственных представлений, но и с неврологическими проявлениями (атаксия, парез, гиперкинезы и др.). Нарушения счета могут основываться на трудностях в восприятии количества, что выражается в невозможности узнать графическое изображение цифр, сосчитать предметы и т.д.

Нарушение зрительного восприятия может быть связано с недостаточностью зрения, что нередко наблюдается у детей с ДЦП. Тяжелые нарушения зрения (слепота и слабовидение) встречаются примерно у 10% детей с ДЦП, а примерно 20 — 30% имеют косоглазие. Так, некоторые из них из-за внутреннего косоглазия используют ограниченное поле зрения: игнорируются его наружные поля. Например, при значительном поражении двигательного аппарата левого глаза у ребенка может выработаться привычка игнорировать левое поле зрения. При рисовании и письме он будет использовать только правую сторону листа, при конструировании — не достраивать фигуру слева, при рассматривании картинок — видит только изображение справа. Те же нарушения отмечаются и при чтении. Нарушение зрительного сосредоточения и прослеживающей функции глаз, а также процесса создания целостного образа восприятия может быть связано и с нистагмом. Наличие позотонических рефлексов также негативно сказывается на зрительном восприятии. Такие особенности зрительного анализатора, как снижение остроты зрения, косоглазие, двоение в глазах, нистагм и другие, приводят к дефектному, искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. Таким образом, нарушения зрительного восприятия у детей с ДЦП могут объясняться патологией зрительной системы.

И.И.Мамайчук было проведено исследование, которое показало, что перцептивные действия и образы восприятия (гаптического и зрительного) формируются у дошкольников с церебральным параличом в значительно более замедленном темпе, чем у их здоровых сверстников. Определяющую роль в их формировании играет умственное развитие ребенка. Тяжесть нарушения двигательных функций верхних конечностей, в результате которой происходит рассогласование сенсорных и исполнительных действий, препятствует адекватному графическому изображению предметов у детей с ДЦП с сохранным интеллектом, а также отрицательно влияет на качества гаптического восприятия фигур. У детей с ДЦП с умственной отсталостью наблюдаются более глубокие нарушения сенсорно-перцептивной и исполнительной деятельности, причем степень этих нарушений главным образом зависит от глубины интеллектуального дефекта. Важную роль в развитии обобщенности и осмысленности гаптических и зрительных образов восприятия у здоровых и больных детей играет уровень их речевого развития. У детей с ДЦП с сохранным интеллектом не наблюдалось устойчивой связи между словом и сенсорным образом, что в значительной степени тормозило соотнесение усвоенных наименований с предметом в процессе решения перцептивных задач. У детей с ДЦП, осложненным легкой степенью умственной отсталости, трудности словесного отражения гаптических и зрительных образов восприятия главным образом определялись низким уровнем анализа и синтеза сенсорных сигналов.

У детей с ДЦП отмечается снижение слуха, что отрицательно влияет на становление и развитие слухового восприятия, в том числе и фонематического (неразличение сходных по звучанию слов: «коза» — «коса», «дом» — «том»). Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого развития. Ошибки, обусловленные нарушением фонематического восприятия, ярче всего проявляются на письме.

Слабое ощущение своих движений и затруднения в ходе осуществления действий с предметами являются причинами недостаточности активного осязательного восприятия у детей с ДЦП, в том числе узнавания предметов на ощупь (стереогноза). Известно, что у здорового ребенка первое знакомство с предметами окружающего мира происходит путем ощупывания предметов руками. Через действия с предметами дети устанавливают целый комплекс их свойств: форму, вес, консистенцию, плотность, термические свойства, размеры, пропорции, фактуру и др. Стереогноз не является врожденным свойством, а приобретается в процессе активной предметно-практической деятельности ребенка. У большинства детей с ДЦП имеет место ограниченность предметно-практической деятельности, ощупывающие движения рук слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. По данным Н. В. Симоновой, у детей с атонически-астатической формой ДЦП на фоне глубокой задержки интеллектуального развития возникают наибольшие затруднения в формировании стереогноза. Недостаточность активного осязательного восприятия приводит к задержке формирования целостного представления о предметах, их свойствах, фактуре, что ведет к дефициту знаний и представлений об окружающем мире, препятствует становлению различных видов деятельности.

Восприятие пространства является необходимым условием ориентировки человека в окружающем мире. Овладение знаниями о пространстве предполагает: умение выделять и различать пространственные признаки и отношения, умение их правильно словесно обозначить, ориентироваться в пространственных отношениях при выполнении различных видов деятельности. Пространственный анализ осуществляется целым комплексом анализаторов, хотя основная роль принадлежит двигательному анализатору, который является главным нарушенным звеном при ДЦП. В силу двигательной недостаточности, ограниченности поля зрения, нарушения фиксации взора, речевого дефекта развитие ориентировки в пространстве может задерживаться, а к школьному возрасту у ребенка с ДЦП обычно выявляются выраженные пространственные нарушения. У детей с ДЦП многими авторами были обнаружены значительные нарушения пространственного восприятия (Р. Я. Абрамович-Л ехтман, К.А.Семенова, М.Б.Эйлинова, А.А.Добронравова и др.).

При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии — ориентация по вертикали, при тетраплегии -ориентация в направлении спереди назад (сагиттальная). При последней форме искажение пространственного восприятия несет самые тяжелые последствия для психики ребенка.

У детей с ДЦП могут страдать самые различные звенья пространственного и временного восприятия: чувственное восприятие, предметно-пространственная и временная ориентировка, пространственная организация двигательного акта, словесное обозначение пространственных и временных компонентов.

В результате исследований можно утверждать, что формирование пространственно-временных отношений у детей с ДЦП сопряжено с многочисленными трудностями. Особые трудности возникают в тех случаях, когда последовательность и длительность явлений определяется с помощью пространственных отношений. Причиной трудностей в освоении пространственно-временных отношений является то, что у детей с ДЦП формирование пространственно-временных представлений происходит при малом включении активного перемещения самих детей, при ограничении практического, бытового, игрового опыта. Затруднения в различении пространственных отношений, правильные объяснения и ошибочное воспроизведение пространственных признаков указывают на недостаточность обобщенного понимания уже сложившихся у детей словесных формулировок, на вербализацию пространственных отношений, опережающую практическое освоение пространства. При ДЦП это связано с освоением окружающего на основе максимально сохранных (и все же нарушенных!) функций, например на основе речи. Формирование пространственного восприятия у этих детей идет в более медленном темпе, при этом значительную роль играет уровень умственного развития детей и характер их познавательной деятельности. Практическая дифференцировка пространственных отношений и употребление адекватных словесных обозначений в большинстве случаев у детей с ДЦП имеет ситуативный характер. Наибольшие трудности вызывает практическая ориентировка по направлениям «лево —право» при изменении точки отсчета. Зависимости уровня развития пространственных представлений и ориентировки от тяжести общей двигательной патологии ребенка в исследовании Н.В.Симоновой обнаружено не было, однако особенности пространственного восприятия отражали характер патологии двигательной сферы при различных клинических формах ДЦП.

У многих школьников с ДЦП встречаются в комплексе дефекты стереогноза, зрительного восприятия формы и пространственных представлений. Нарушение этих функций значительно затрудняет овладение такими учебными предметами, как черчение, геометрия, география. Кроме того, эти дефекты лежат в основе особого вида дисграфии и дислексии (нарушения письма и чтения). В процессе коррекционной работы выявилось, что в начале компенсируется дефект зрительного восприятия, затем дефект пространственного восприятия и впоследствии астереогноз.

Для формирования пространственных представлений у здорового ребенка наряду с двигательным и зрительным анализаторами большое значение имеет слух. На 5 мес. жизни слуховая ориентировочная реакция является компонентом зрительного восприятия пространства. При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Таким образом, у ребенка с ДЦП в силу двигательной недостаточности и других нарушений задерживается развитие пространственных представлений и формирование схемы тела.

Таким образом, для детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение процесса активного восприятия окружающего мира, что зачастую приводит к задержке психического развития даже при хороших потенциальных интеллектуальных возможностях, поскольку именно восприятие, как основа чувственного познания, составляет фундамент всей психической познавательной системы.

Память

Образная память включает в себя зрительную, слуховую, осязательную и некоторые другие виды памяти. Образная память тесно связана с восприятием и базируется на нем. Образы восприятия фиксируются в памяти. Таким образом, все недостатки восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти.

Например, нистагм не дает возможности ребенку создать целостное оптическое представление о предмете. Образ восприятия оказывается нечетким, «рваным», фрагментарным и искаженным. Таким же он и «закладывается» в память.

Часто слуховое восприятие у детей с ДЦП нарушено. Например, ребенку говорят: «Коса» — и показывают на картинку с ее изображением. Ребенок с нарушениями фонематического слуха слышит это слово как «коза» и запечатлевает картинку в памяти. Таким образом, нарушение фонематического восприятия приводит к неверному запоминанию.

Невозможность последовательного зрительно-осязательного восприятия игрушки приводит к тому, что образ памяти отличается фрагментарностью, нечеткостью, ребенку не удается оценить контуры предмета, его форму, детали, пропорции, его фактуру, другие особенности.

Все эти примеры доказывают, что нарушения в формировании образной памяти большей частью являются следствием нарушений восприятия.

Двигательная память, т.е. запоминание, сохранение, воспроизведение движений, развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. Это обусловлено тяжестью двигательной патологии при ДЦП.

У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее, тогда механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Часто, однако, наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий. Дети с ДЦП правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления, путают то, что уже было, с тем, что наступит, т.е. возникают трудности в осмыслении, в понимании сущности явлений.

Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении.

Таким образом, у детей с ДЦП наблюдается специфическое развитие памяти и своеобразие в формировании мнемических процессов.

Мышление

Все, даже простейшие наглядно-действенные, задачи предусматривают произвольные целенаправленные действия с предметами. Именно эти действия у детей раннего возраста стимулируют познавательную деятельность, активизируют внимание, восприятие, память, мышление, речь, общение и взаимодействие со взрослыми. Однако двигательные нарушения у ребенка с ДЦП не дают ему возможности полноценно освоить все многообразие наглядно-действенных задач, которые нормально двигающийся малыш решает почти ежечасно в повседневной жизни. Ребенок с ДЦП лишен возможности двигаться, либо такая возможность ограничена. Следовательно, наглядно-действенное мышление будет формироваться с большим опозданием и весьма своеобразно. Таким образом, познание окружающего мира в активной деятельности нарушается. Зачастую наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления. Ребенок познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и при опоре на менее нарушенные функции (например, речь). Поэтому в психическом развитии ребенка можно отметить «ножницы», когда ребенок может давать разумные объяснения, связанные с окружающей действительностью, событиями, явлениями, бытом, может описать все этапы выполнения каких-либо действий, но при этом он никогда их не выполнят и выполнить не может. Недостаточность наглядно-действенного мышления приводит к недостаточности в формировании других, более сложных форм мыслительной деятельности.

Наглядно-образное мышление обычно формируется на основе наглядно-действенного мышления и чувственного опыта (ощущения и восприятие). При ДЦП оба этих компонента значительно нарушены в своем развитии, поэтому данный вид мышления формируется позже нормативных сроков и имеет ряд специфических особенностей.

Задержка в развитии словесно-логического мышления у детей с ДЦП проявляется в том, что дети с трудом устанавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира. Классификацию предметов проводят по принципу конкретных ситуативных связей. Наблюдается задержка в формировании обобщающих понятий и форм (классификация предметов, выделение четвертого лишнего, осмысление простого рассказа и др.). Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов. Недоразвитие абстрактного мышления проявляется прежде всего в усвоении счета.

На характер мыслительной деятельности детей с ДЦП оказывают влияние церебрастенические явления, выражающиеся в низкой интеллектуальной работоспособности, а также инертность психической деятельности.

Речь

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными особенностями, значительным своеобразием. Частота речевых нарушений при ДЦП, по разным данным, составляет от 70 до 80%. Длительное исследование детей с ДЦП позволило выделить ряд патологических особенностей уже в предречевой период. Е. Ф. Архиповой было проведено исследование 155 детей с церебральным параличом в возрасте от 6 мес. до 2 лет, у 73 из них лепет отсутствовал, у 62 детей спонтанный лепет появился лишь к 1 году, а у 20 детей — только к 2 годам. У детей была малая активность звуковых проявлений, их лепет был беден звуками (наиболее характерными в лепете были сочетания: ма, па, эа, аэ), фрагментарен, слоговые ряды отсутствовали. Патологическое состояние артикуляционного аппарата детей с ДЦП препятствовало спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета. В большинстве случаев в лепете детей не наблюдалось той последовательности этапов развития лепета, которая характерна для здоровых детей. Рано начатая (уже в предречевой период) коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими ДЦП, способствует развитию их артикуляционного аппарата и подготовке его к членораздельному произнесению звуков, что предупреждает формирование грубых нарушений звукопроизносительной стороны речи, носящих чрезвычайно выраженный характер при ДЦП.

У 60 —70% детей с ДЦП отмечается дизартрия, т.е. нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Нарушение звукопроизношения при ДЦП в основном связано с общими двигательными расстройствами. Например, у детей с гиперкинетической формой ДЦП нормальное произношение нарушено из-за гиперкинезов языка, губ и т.д. Меняющийся мышечный тонус при гиперкинетической форме ДЦП определяет непостоянство нарушений звукопроизношения. При резком повышении мышечного тонуса в конечностях может наступить спазм мышц языка и гортани. При атонически-астатической форме ДЦП речь медленная, прерывистая, монотонная. Нарушения звукопроизношения выражаются в виде пропусков звуков, их искажений или замен. Нарушение кинестезии при ДЦП ведет к невозможности ощущать положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию. Наиболее тяжелые речевые расстройства возникают при нарушениях слуха, которые чаще наблюдаются у детей с гиперкинезами. Нарушения звукопроизносительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Исследование Е. М.Мастюковой показало, что первые слова у обследованных детей с ДЦП в среднем появились только к 1,5 годам, фразовая речь — к 3 — 3,5 годам. По данным М.В.Ипполитовой, а также Н.В.Симоновой, дети с ДЦП 6 — 7 лет очень редко употребляют в речи предлоги под, над, перед, между, в (середине). Для большинства детей характерна недостаточная дифференциация и низкая актуализация временных и особенно всех пространственных связей и отношений в активной речи. Зачастую словесное обозначение пространственных отношений носит примитивный характер, не соответствующий возрастной норме: «поближе ко мне», «от меня чуть-чуть в сторону» и т.д., что при нормальном онтогенезе наблюдается в более раннем возрасте — до 4 лет. Качество речи определяется характером психической деятельности в целом и темпом мышления.

Исследования Н.В.Симоновой показывают также, что дети с ДЦП в возрасте от 5 до 7 лет проявляют недостаточность лексико-грамматического развития. Имеет место ограниченность пассивного и активного словаря, что свидетельствует об узости общих представлений, которые формируются в процессе освоения различных видов деятельности. Крайне бедно в словаре представлены группы слов, отражающих определенную тематику: транспорт, животный и растительный мир, мебель и пр. Ограничен запас слов для характеристики предметов, их качеств и действий. Многие дети забывали словесные обозначения предметов и вынуждены были заменять их описанием ситуации, например, забыв слово «кормушка», говорили: «Это скворечник, нет, это насыпают зерна, корм для птичек». По мнению Н.В.Симоновой, слабая актуализация словаря, забывание словесных формулировок, неточности употребления отдельных лексико-грамматических групп, частое использование речевых штампов указывают на сходство лексико-грамматического развития детей с ДЦП с детьми, имеющими общее недоразвитие речи.

По данным М. В. Ипполитовой, у детей с ДЦП отмечается своеобразие общего речевого развития. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны. У большинства детей первые слова появляются лишь к 2 — 3 годам, фразовая речь — к 3 — 5 годам. В наиболее тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения. Задержка в развитии речи у детей с ДЦП вызвана как поражением двигательных механизмов речи, так и спецификой самого заболевания, ограничивающего практический опыт ребенка и его социальные контакты. Кроме того, у детей с ДЦП наблюдаются нарушения восприятия, играющие важную роль в формировании речи. У большинства детей школьного возраста можно определить своеобразие речевого развития, у некоторых — разную степень выраженности ОНР. У детей с ДЦП отмечается бедность словарного запаса, что приводит к использованию одних и тех же слов для обозначения разных предметов и действий, отсутствие ряда слов-названий, несформированность многих видовых, родовых, других обобщающих понятий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих признаки, качества, свойства предметов, а также различные виды действий с предметами. Большинство детей пользуются фразовой речью, но предложения обычно состоят из 2—3 слов; слова не всегда правильно согласуются, не используются или используются не в полной мере предлоги. У большинства детей школьного возраста сохраняется задержка в формировании пространственно-временных представлений, в их обиходной речи ограничено употребление слов, обозначающих расположение предметов в пространстве, в определенной временной последовательности. Отмечается и своеобразие в понимании речи: недостаточное понимание многозначности слов, иногда незнание предметов и явлений окружающей действительности. Нередко вызывает трудности понимание текстов художественных произведений, арифметических задач, программного материала.

По данным Л. Б. Халиловой, у школьников с ДЦП имеются лексические затруднения, свидетельствующие в целом о низком уровне языковых способностей. Для большинства учащихся с ДЦП характерны слабая дифференциация лексических значений, незнание языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушение лексической сочетаемости слов. Все это часто приводит к неправильному построению предложений.

Мелодико-интонационная сторона речи при ДЦП также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, немодулированный, интонации невыразительны.

Нарушение речевого развития может возникнуть в связи с неправильными условиями воспитания ребенка с ДЦП в семье. Значимым является развитие коммуникативной стороны речи, т.е.общения. Речь развивается только в процессе общения, в связи с потребностью в коммуникации. Ребенок с ДЦП нередко лишен возможности общаться со сверстниками и взрослыми. Часто родители намеренно ограничивают круг его общения, желая оградить ребенка от возможной при этом психической травмы. Негативно сказывается на развитии речи гиперопека со стороны родителей, которые пытаются облегчить состояние ребенка, стремясь выполнять все его просьбы и предугадывать желания. В таком случае не возникает даже потребность в общении.

Таким образом, при ДЦП нарушенными оказываются все стороны речи, что негативно влияет на психическое развитие ребенка в целом.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С РДА

В целом для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных ограниченных областях, таких, как музыка, математика, живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов, обусловливающих развитие личности по аутистическому типу, является снижение общего жизненного тонуса. Это проявляется прежде всего в ситуациях, требующих активного, избирательного поведения.

##### Внимание

Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обусловливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РДА, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п.

Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. В некоторых случаях пресыщение может быть настолько сильным, что ребенок не просто выключается из ситуации, а проявляет выраженную агрессию и пытается уничтожить то, чем он только что с удовольствием занимался.

##### Ощущения и восприятие

Для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной сенсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами.

Если в норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, то дети с РДА отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта.

Особенности восприятия наблюдаются у 71% детей, диагностированных как имеющих РДА (по данным К.С.Лебединской, 1992). К первым признакам «необычности» поведения детей с РДА, которые замечаются родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы обнаруживается большая полярность. У части детей реакция на «новизну», например изменение освещения, необычайно сильная. Она выражается в чрезвычайно резкой форме и продолжается длительное время после прекращения действия раздражителя. Многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовывались слабо, у них также не отмечалось реакции испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, и вместе с тем у них отмечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям: дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

В восприятии ребенка с РДА отмечается также нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а отдельные его сенсорные качества: звуки, форма и фактура предметов, их цвет. У большинства детей наблюдается повышенная любовь к музыке. Они повышенно чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания.

Большое значение имеют для детей тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Так, на фоне постоянного сенсорного дискомфорта дети стремятся получить определенные активирующие впечатления (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие разрывания бумаги или ткани, переливают воду или пересыпают песок, наблюдают за огнем). При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

##### Память и воображение

С самого раннего возраста у детей с РДА отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу.

Относительно воображения существуют две противоположные точки зрения: согласно одной из них, отстаиваемой еще Л.Каннером, дети с РДА имеют богатое воображение, согласно другой — воображение этих детей если и не снижено, то причудливо, имеет характер патологического фантазирования. В содержании аутистическнх фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события. Патологические фантазии детей отличаются повышенной яркостью и образностью. Нередко содержание фантазий может носить агрессивный оттенок. Дети могут часами, ежедневно, в течение нескольких месяцев, а иногда и нескольких лет, рассказывать истории о мертвецах, скелетах, убийствах, поджогах, называют себя «бандитом», приписывают себе различные пороки.

Патологическое фантазирование служит хорошей основой для появления и закрепления различных неадекватных страхов. Это могут быть, например, страхи меховых шапочек, тех или иных предметов и игрушек, лестниц, увядших цветов, незнакомых людей. Многие дети боятся ходить по улицам, опасаясь, например, что на них наедет машина, они испытывают неприязненное чувство, если им случается испачкать руки, раздражаются, если на их одежду попадает вода. У них проявляются более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире.

Некоторые дети излишне сентиментальны, часто плачут при просмотре некоторых мультфильмов.

##### Речь

У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно — своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи.

При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. «Игнорируя» простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в не обращенный к нему разговор. Лучше ребенок реагирует на тихую, шепотную речь.

Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишенными интонирования. То же самое относится и к лепету: по данным исследования, у 11 % — фаза лепета отсутствовала, у 24% — была выражена слабо, у 31 % — отсутствовала лепетная реакция на взрослого.

Первые слова у детей появляются обычно рано. В 63 % наблюдений это обычные слова: «мама», «папа», «деда», но в 51 % случаев они использовались без соотнесения со взрослым (К.С.Лебединская, О. С. Никольская). У большинства с двух лет появляется фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Но дети практически не пользуются ею для контактов с людьми. Они редко задают вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся характер. При этом наедине с собой дети обнаруживают богатую речевую продукцию: что-то рассказывают, читают стихи, напевают песенки. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но, несмотря на это, получить ответ на конкретный вопрос от таких детей очень сложно, их речь не сочетается с ситуацией и никому не адресована. Дети наиболее тяжелой. 1-й группы, по классификации К.С.Лебединской и О.С.Никольской, могут так и не овладеть разговорным языком. Для детей 2-й группы характерны «телеграфные» речевые штампы, эхолалии, отсутствие местоимения «я» (называние самого себя по имени или в третьем лице — «он», «она»).

Стремление избегать общения, особенно с использованием речи, негативно сказывается на перспективах речевого развития детей данной категории.

##### Мышление

Как отмечают О.С. Никольская, Е. Р.Баенская, М. М.Либлин), не следует вести речь об отсутствии при РДА отдельных способностей, например способности к обобщению, к планированию

Уровень интеллектуального развития связан прежде всего со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА даже на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности, слабо развиваются предметные действия.

Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности, с тем чтобы приспосабливаться к меняющимся окружению, среде, обстановке.

В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего детского аутизма. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется.

При выполнении интеллектуальных тестов, таких, как тест Векслера, наблюдается выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта в пользу последнего. Однако низкие уровни выполнения заданий, связанных с речевым опосредованием, в большинстве своем говорят о нежелании ребенка использовать речевое взаимодействие, а не о действительно низком уровне развития вербального интеллекта.

Особенности развития познавательной сферы детей с синдромом Дауна

«Синдром Дауна»-самая распространенная из всех известных на сегодняшний день форма хромосомной патологии. Около 20% тяжёлых форм поражений центральной нервной системы связано с генетическими нарушениями. Среди этих заболеваний ведущее место занимает синдром Дауна, при котором умственная отсталость сочетается со своеобразной внешностью. Впервые описан в 1866 году Джоном Лэнгдоном Дауном под названием «монголизм». Встречается с частотой один случай на 500-800 новорожденных вне зависимости от пола.

Характерной особенностью ребёнка с синдромом Дауна, является замедленное развитие.

В настоящее время не вызывает сомнений, что дети с синдромом Дауна проходят те же этапы развития, что и обычные дети. Общие принципы обучения разработаны на основе современных представлений о развитии детей дошкольного возраста с учетом специфических особенностей, присущих детям с синдромом Дауна. К ним относятся:

1. Медленное формирование понятий и становление навыков:

• cнижение темпа восприятия и замедленное формирование ответа;

• необходимость большого количества повторений для усвоения материала;

• низкий уровень обобщения материала;

• утрата тех навыков, которые оказываются недостаточно востребованными.

2. Низкая способность оперировать несколькими понятиями одновременно, с чем связаны:

• трудности, возникающие у ребенка, когда ему необходимо объединить новую информацию с уже изученным материалом;

• сложности с перенесением усвоенных навыков из одной ситуации в другую. Замена гибкого поведения, учитывающего обстоятельства, паттернами, т. е. однотипными, заученными многократно повторяемыми действиями;

• трудности при выполнении заданий, требующих оперирования несколькими признаками предмета, или выполнения цепочки действий;

• нарушения целеполагания и планирования действий.

3. Неравномерность развития ребенка в различных сферах (двигательной, речевой, социально-эмоциональной) и тесная связь когнитивного развития с развитием других сфер.

4. Особенностью предметно-практического мышления, характерного для этого возраста, является необходимость использования нескольких анализаторов одновременно для создания целостно\_

го образа (зрение, слух, тактильная чувствительность, проприоцепция). Наилучшие результаты дает зрительно-телесный анализ, т. е. лучшим объяснением для ребенка оказывается действие, которое он выполняет, подражая взрослому или вместе с ним.

5. Нарушение сенсорного восприятия, что бывает связано со сниженной чувствительностью и часто встречающимися нарушениями зрения и слуха.

6. Дети с синдромом Дауна обладают различным исходным уровнем, и темпы их развития также могут существенно различаться. В основу программы когнитивного развития легли: предметность мышления дошкольников, необходимость использовать их чувственный опыт, опора на наглядно-действенное мышление как базу для дальнейшего перехода к наглядно\_образному и логическому мышлению, использование собственной мотивации ребенка, обучение в игровой форме, а также возможность индивидуального подхода к каждому ребенку, учитывающего его особенности, предпочтения и скорость обучения.

Дети с синдромом Дауна имеют недостатки развития речи (как в произношении звуков, так и в правильности грамматических конструкций).

Отставание в развитии речи вызвано комбинацией факторов, из которых часть обусловлена проблемами в восприятии речи и в развитии познавательных навыков. Любое отставание в восприятии и использовании речи может привести к задержке интеллектуального развития.

Общие черты отставания в развитии речи

* меньший словарный запас, приводящий к менее широким знаниям;
* пробелы в освоении грамматических конструкций;
* способность скорее осваивать новые слова, чем грамматические правила;
* большие, чем обычно, проблемы в изучении и использовании общепринятой речи;
* трудности в понимании заданий.

Кроме того, сочетание меньшей ротовой полости и более слабой мускулатуры рта, и языка физически затрудняют произношение слов; и чем длиннее предложение, тем больше возникает проблем с артикуляцией.

Для таких детей проблемы в развитии речи часто означают, что они фактически получают меньше возможностей и участвовать в общении. Взрослые имеют тенденцию задавать им вопросы, не требующие ответов, а также заканчивать за них предложения, не помогая им сказать самим или не давая им для этого достаточно времени. Это приводит к тому, что ребенок получает:

* меньше речевого опыта, который позволил бы ему выучить новые слова структуры предложения;
* меньше практики, которая делала бы его речь более понятной.

Мышление.

Глубокое недоразвитие речи этих детей (выраженные повреждения артикуляционного аппарат, заикание ) часто маскирует истинное состояние их мышления, создает впечатление более низких познавательных способностей. Однако при выполнении невербальных заданий (классификация предметов, счетные операции и пр.) некоторые дети с синдромом Дауна могут показывать те же результаты, что и другие воспитанники. В формировании способности к рассуждению и выстраиванию доказательств дети с синдромом Дауна испытывают значительные затруднения. Дети труднее переносят навыки и знания из одной ситуации на другую. Абстрактные понятия, в учебных дисциплинах недоступны для понимания. Также может быть затруднено умение решать возникшие практические проблемы. Ограниченность представлений, недостаточность умозаключений, лежащих в основе мыслительной деятельности делают для многих детей с синдромом Дауна невозможным обучение отельных школьных предметов.

Память.

Характеризуется гипомнезией (уменьшенный объём памяти), требуется больше времени для изучения и освоения новых навыков, и для заучивания и запоминания нового материала.

Недостаточность слуховой кратковременной памяти и обработки информации, полученной на слух.

Внимание.

Неустойчивость активного внимания, повышенная утомляемость и истощаемость, Короткий период концентрации внимания, дети легко отвлекаются, истощаются.

Воображение.

Образ не возникает в воображении, а воспринимается лишь зрительно. Способны соотносить части рисунка и, однако, соединять их в целое изображение не могут.

3. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма. В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Однако, как отмечает М.С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом».

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности, по данным В.В.Ковалева (1973), составляют в совокупности феномен «школьной незрелости», выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели У детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

Эмоционально-волевые нарушения и нарушения поведения у детей с ДЦП в одном случае проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Для этих детей характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Более многочисленная группа детей, напротив, отличается вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Такие дети с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в быстро изменяющихся внешних условиях, с большим трудом налаживают взаимодействие с новыми людьми, боятся высоты, темноты, одиночества. В момент страха у них наблюдается учащенные пульс и дыхание, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюнотечение и гиперкинезы. Некоторым детям свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье и здоровье своих близких. Чаще такое явление отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни ребенка и малейшее изменение в состоянии ребенка приводит родителей в тревогу.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью: болезненно реагируют на тон голоса, отмечают малейшее изменение в настроении близких, болезненно реагируют на, казалось бы, нейтральные вопросы и предложения.

Часто у детей с ДЦП наблюдается расстройство сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, со страшными сновидениями. Утром ребенок просыпается вялым, капризным, отказывается от занятий. При воспитании таких детей важно соблюдать режим дня, он должен находиться в спокойной обстановке, перед сном избегать шумных игр, воздействия различных резких раздражителей, ограничить просмотр телепередач.

По уровню волевого развития среди испытуемых обнаружено три основных группы.

Для первой группы характерно общее снижение эмоционально-волевого тонуса, астенизация поведения, волевой инфантилизм. Это проявляется в неумении, а порой и нежелании подростка регулировать свое поведение, в общей вялости, доходящей до апатии у одних, и в крайней несдержанности у других, в отсутствии достаточной настойчивости в достижении как коррекционно-восстановительного эффекта, так и хороших результатов в учебной работе. Свыкаясь с ролью больных, подростки ослабляют свою самостоятельность, проявляют иждивенческие Настроения. Таких подростков было 37% из общего состава изученных.

Вторую группу составляют подростки, уровень волевого развития которых достаточно высок. Обладая адекватной самооценкой, правильно определяя свои возможности, подростки данной группы способны на основе длительных волевых усилий мобилизовать компенсаторные силы организма и личности. Они активно ведут борьбу с заболеванием и его последствиями, настойчивы в достижении терапевтического эффекта, воздержанны и терпеливы, проявляют упорство в учебе, развивают свою самостоятельность, занимаются самовоспитанием. Таких детей из всего количества обследованных было 20%.

Уровень волевого развития подростков, входящих в третью группу, можно определить как средний. В зависимости от состояния здоровья, самочувствия, многих других обстоятельств подростки эпизодически проявляют достаточную волевую активность. В учебной работе это связано с интересом, текущими оценками, в медицинских мероприятиях — с лечебной перспективой и т.д. Периоды волевого подъема сменяются у них снижением уровня волевой активности. В эту группу вошло 43 % от общего числа изученных подростков.

Важно, чтобы ребенок начал осознавать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни и к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям и воспитателям: у них ребенок заимствует оценку и представление о себе и своей болезни. В зависимости от реакции и поведения взрослых он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или как человека, вполне способного достичь успехов.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы при РДА

Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. Так, в 100% наблюдений (К.С.Лебединская) при аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми — комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов. К. С.Лебединская и О. С. Никольская выделяют три группы страхов:

1. типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга);
2. обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест);
3. неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.п.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Говоря об особенностях поведения при РДА разной степени тяжести, О.С.Никольская характеризует детей 1-й группы как не допускающих до себя переживаний страха, реагирующих уходом на любое воздействие большой интенсивности. В отличие от них дети 2-й группы практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их внешнем облике и поведении: движения их напряжены, застывшая мимика лица, внезапный крик. Часть локальных страхов может быть спровоцирована отдельными признаками ситуации или предмета, которые слишком интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Также локальные страхи могут вызываться некоей опасностью. Особенностью этих страхов является их жесткая фиксация — они остаются актуальными на протяжении многих лет л конкретная причина страхов определяется далеко не всегда. У детей 3-й группы причины страхов определяются достаточно легко, они как бы лежат на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает их в свои вербальные фантазии. Тенденция к овладению опасной ситуацией часто проявляется у таких детей в фиксации отрицательных переживаний из собственного опыта, читаемых ими книг, прежде всего сказок. При этом ребенок застревает не только на каких-то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте. Дети 4-й группы пугливы, тормозимы, неуверенны в себе. Для них характерна генерализированная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношению к ним уровня требований окружающих. Наиболее характерными являются страхи, которые вырастают из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что-то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Наряду с вышеизложенным у детей с РДА наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

У всех без исключения детей отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу. При контакте с детьми у них обычно наблюдается пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы при синдроме Дауна

Поведение.

Характеризуется, в основном послушанием, легкой подчиняемостью, добродушием, иногда ласковостью, готовностью делать то, что их попросят. Дети легко вступают в контакт. Может встречаться и разнообразные поведенческие расстройства.

Эмоции.

У детей с синдромом Дауна отмечаются сохранность элементарных эмоций. Большинство из них ласковы, привязчивы. Некоторые выражают положительные эмоции ко всем взрослым, вступают с ними в контакт, некоторые – преимущественно к тем, с которыми они постоянно общаются. У детей положительные эмоции наблюдаются чаще, чем отрицательные. При неудаче они обычно не огорчаются. Не всегда могут правильно оценить результаты своей деятельности, и эмоция удовольствия обычно сопровождает окончание задания, которое при этом может быть выполнено неправильно. Доступны страх, радость, грусть. Обычно эмоциональные реакции по глубине не соответствуют причине, вызвавшей их. Чаще они выражены недостаточно ярко, хотя встречаются и слишком сильные переживания по незначительному поводу.

Личность.

В личностном плане этим детям в большей степени свойственна внушаемость, подражательность действиям и поступкам других людей. У некоторых из этих детей наблюдаются эпилептоидные черты характера: эгоцентризм, чрезмерная аккуратность. Однако большинству детей присущи положительные личностные качества: они ласковы, дружелюбны, уравновешенны.

§ 4 Отношение общества к детям со множественными нарушениями развития

Сегодня, на рубеже двух веков, когда Россия находится на новом этапе своего развития, назрела необходимость использовать потенциал всех социальных групп населения, в том числе и людей с множественными нарушениями развития.. Но недостаточная информированность порождает у части общества искаженное представление о людях с ограниченными возможностями, что, в свою очередь, делает таких людей пассивными и далекими от активной общественной жизни.

Изменить эту ситуацию можно, в первую очередь, при устранении барьеров во взаимопонимании между людьми. Вопрос этот не ограничивается медицинским аспектом, он в большей степени является социальной проблемой неравных возможностей.

Семьи, имеющие детей с нарушением развития, нуждаются в комплексной медико-психолого-педагогической помощи в первых месяцев жизни ребёнка. Это обстоятельство не так очевидно, как кажется. Хотя во многих случаях признаки неблагополучия можно заметить уже в первые недели жизни, зачастую проходят месяцы и годы, прежде чем с ребёнком начинается коррекционная педагогическая работа. Между тем, опыт подтвердил, что чем раньше начато оказание помощи, тем больших результатов удаётся достичь.

Крайне злободневна проблема трудоустройства матерей, несущих тяжелые заботы о детях-инвалидах, имеющих множественные нарушения развития. Плохо развиты надомные формы трудовой деятельности, производства неохотно решают вопросы о гибком трудовом графике, неполном рабочем дне для матери такого ребенка. Установлено, что доля неработающих матерей в таких семьях составляет 21% работающих неполный рабочий день - 11,7%. Не решен вопрос отдыха семьи, имеющей ребенка-инвалида.

Традиционно инвалидность воспринимается только как физическая ущербность. Однако инвалидность имеет также психические и социальные последствия. Жизнь человека с физическими недостатками психически сложнее, чем жизнь обычного человека. Уже только встреча с не информированностью и предрассудками окружающего общества добавляет груз на плечи лица с физическими недостатками и его семьи.

Для людей с физическими и интеллектуальными недостатками необходимо создать предпосылки к строительству собственной жизни и возможности быть деятельным человеком общества. Когда у физически несовершенного индивидуума и его семьи имеется возможность влиять на принятия общественных решений, возможно достижение изменений, увеличивающих равноправие в обществе. Непосредственное окружение инвалида и все общество в целом должны приспособиться к тому, что среди граждан имеются инвалиды. Также следует иметь в виду, что увечья бывают самые разные, в том числе такие, которые не заметны. Критерием душевного здоровья на уровне общества является его готовность принять "отклонения от нормы", способность чувствовать коллективную ответственность.

Говоря или рассуждая о тех или иных проблемах развития своей страны, в частности о проблемах инвалидов и их решаемости за последнее десятилетие, мы не забываем либо упомянуть, либо сослаться на зарубежный опыт, в том числе на опыт высокоразвитых стран Европы, наших соседей по континенту. Но ссылка на опыт вовсе не означает его заимствование и широкое применение в отечественной практике. К тому же, этот опыт известен, как правило, узкому кругу специалистов, работающих в той или иной сфере, в том или ином направлении. Для самих же по-настоящему нуждающихся в этом опыте, в данном случае инвалидов, он остается чаще всего неизвестным или недоступным. И потому у многих такой опыт не выходит за рамки всего лишь предположения, а его незнания приводит порой к грустному умозаключению, что "у них, также, как и у нас".

По мере проникновения христианской морали в народ, отношение к убогим и увечным менялось в лучшую сторону, но все же им старались угодить скорее из боязни накликать беду, чем из сострадания. В советское время произошел резкий поворот в сторону идеалов родового общества, с той разницей, что родственное единство заместилось политико-идеологическим. В результате убогие, нищие, калеки вновь оказались за пределами общественных интересов. Даже инвалиды войн, после того как государство наделило их привилегиями, фактически потеряли сочувствие общества. Последние годы положение всех этих людей вновь смягчается. Что будет дальше — пойдет ли общество и государство, в отношении к инвалидам, по пути западных стран или не пойдет — сказать трудно. Правда, у нас принято с некоторым оптимизмом смотреть в будущее, но это продиктовано не реальным знанием, а старинной традицией: в России большинство издавна привыкло жить как придется, но зато утешаться красивой сказкой о будущем. Поэтому, кстати говоря, любой правитель обязательно должен обещать лучшую жизнь — и этого достаточно, чтобы ему поверили. Не потому, что уверены в его правдивости, а потому, что хочется верить…

Таким образом, обобщая сказанное, можно сказать, что идея "независимой жизни является ядром концепции программы социализации, которой руководствуются реабилитационные центры. Суть этой идеи можно выразить двумя тезисами:

* человек, имеющий множественные нарушения развития, имеет право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как все другие люди;
* помочь ему реализовать это право призвана система инновационных социальных служб, открывающая доступ во все сферы жизнедеятельности.

Литература:

# Малофеев Н.Н. , Гончарова Е.Л. Позиция ИКП РАО в оценке современного этапа развития государственной системы специального образования в России// Альманах Института Коррекционной Педагогики РАО, 2000г. Выпуск 1.

1. Басилова Т.А., Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением. Дефектология, 1996, N 3
2. **Жигорева М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии. Педагогическая помощь, М.: Академия, 2006.**
3. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М.: Просвещение, 1956. С. 78-101.
4. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственно развития детей. М., 1995. С. 23-43.
5. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, 1989.
6. Лурия А.Р. Умственно отсталый ребенок. М.: АПН РСФСР, 1960
7. Бгажнокова И. М., Комарова С. В., Ульянцева М. Б. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития
8. Певзнер М. С., Бертынь Г. П., Донская Н. Ю. Клинико-психолого-педагогическое изучение учащихся вспомогательных классов школ для слабослышащих детей // Дефектология 1979, № 3
9. Основы специальной психологии под ред. Л.В.Кузнецовой – М.: Академия,2003г. – 479с.

# Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей : пособие для психол.-мед.-пед. комис. — М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 32 с. (Коррекционная педагогика)

# Айзенберг Б.И., Кузнецова Л.В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития // Психотерапия в дефектологии: Книга для учителя / сост. Н.П.Вайзман. – М.: Просвещение, 1992

# Бгажнокова И. М. Школа для детей с нарушениями интеллекта: тенденции, перспективы развития / И. М. Бгажнокова // Дефектология. – 2004. – № 3. – С. 51–54

# Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. – СПб.: ИСПиП, 1998. – 124 с.

# Манелис Н.Г. Ранний аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы/ Н.Г. Манелис // Шк. здоровья. -1999. -N 2. - C. 6-22

# Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 41-46