

Е.М. Мастюкова

# Специальная педагогика

## Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии

Ранний и дошкольный возраст

*Допущено Министерством  
образования Российской Федерации  
в качестве учебного пособия для студентов  
высших учебных заведений, обучающихся по специальностям:  
031500 Тифлопедагогика, 031600 Сурдопедагогика,  
031700 Олигофренопедагогика, 031800 Логопедия,  
031900 Специальная психология, 032000  
Специальная дошкольная педагогика и психология*

Москва  
Т/Лассикс

2003

**Федеральная целевая программа «Культура России»  
(подпрограмма «Поддержка полиграфии и книгоиздания России»)**

**Мастюкова Е.М.**

**М 31** Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст / Под ред. А.Г. Московкиной. — М.: Классике Стиль, 2003. — 320 с. 15ВК 5-94603-051-5

В книге обобщены многолетние данные автора, а также отечественных и зарубежных исследований по диагностике и коррекции различных форм аномального нервно-психического развития детей.

Особое внимание обращено на раннюю диагностику наиболее частых отклонений в развитии познавательной деятельности и сложных дефектов.

Книга предназначена для специалистов по специальной (коррекционной) педагогике, студентов дефектологических и психологических факультетов, детских психоневрологов, педиатров, семейных врачей, а также родителей.

УДК 376  
ББК 74.3

**ISBN 5-94603-051-5**

© Издательство «Классике Стиль», 2003  
© Художественное оформление.  
Издательство «Классике Стиль», 2003  
Все права защищены

## **ВВЕДЕНИЕ**

Цель этой книги — помочь студентам педагогических вузов, педагогам, воспитателям и родителям в подготовке к обучению детей раннего и дошкольного возраста с различными отклонениями в развитии и хроническими соматическими заболеваниями.

Знание основ лечебной педагогики необходимо для создания специальных условий и предпосылок для успешного обучения каждого ребенка с различными неврологическими, психическими и хроническими соматическими заболеваниями и отклонениями в развитии. В книге рассказывается о том, как обеспечить успешное обучение каждого из этих детей, как способствовать лучшему усвоению ими знаний, как развивать их познавательные способности и интерес к занятиям, активизировать их самостоятельную познавательную активность. Дается описание коррекционных занятий по сенсорному воспитанию, развитию игровой деятельности, речи, ознакомлению детей с окружающим миром, формированию начальных математических представлений, развитию личности и межличностных отношений.

Особое внимание уделяется сочетанию педагогического процесса с лечебно-гигиеническими и оздоровительными мероприятиями.

Коррекционная направленность педагогического процесса предполагает преодоление и коррекцию имеющихся у ребенка нарушений: двигательных, речевых, интеллектуальных, поведенческих расстройств, нарушений общения, недостаточности высших психических функций, например пространственных нарушений.

Эффективность предлагаемых приемов коррекционной педагогической работы возможна только при их систематическом и раннем применении с учетом дифференцированного подхода в зависимости от структуры нарушенного развития, клинического диагноза, характера ведущего нарушения и особенностей вторичных отклонений в развитии.

Эффективность лечебно-педагогических коррекционных и развивающих мероприятий в значительной степени зависит от сотрудничества специалистов и родителей.

Успех лечебно-коррекционной работы определяется не только дифференцированностью подхода с учетом специфики отклонений в развитии, соматического, неврологического и психического состояния ребенка, но и его индивидуальными особенностями, склонностями, интересами, способностями, особенно при возможно более раннем их выявлении и развитии.

Из предлагаемых рекомендаций педагога, воспитатели и родители могут выбрать те, которые представляются им наиболее целесообразными с учетом вида аномального развития, степени и характера нарушений различных функций, а также компенсаторных и возрастных возможностей ребенка и конкретных условий жизни.

Предлагаемое вниманию читателей учебное пособие — результат обобщения многолетнего опыта работы автора с детьми, имеющими отклонения в развитии, а также критического анализа отечественной и зарубежной литературы.

Книга предназначена студентам дефектологических факультетов и факультетов специальной (коррекционной) педагогики и психологии, педагогам, воспитателям, логопедам, детским психоневрологам, работающим в детских восстановительных центрах, специальных яслях, домах ребенка, детских садах, а также родителям. Она может быть полезна студентам психологических и педиатрических факультетов, а также детскому семейному врачу.

## раздел первый

### **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ И ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕБНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ**

#### **Глава 1. ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ**

Психомоторное развитие ребенка раннего возраста зависит от многих факторов, прежде всего от наследственных особенностей организма, общего состояния здоровья, пола, окружающей среды. Последовательность психомоторного развития тесно связана с этапностью созревания мозга и усложняющимися условиями взаимодействия малыша с окружающей средой. Кроме того, развитие в раннем и дошкольном возрасте происходит неравномерно, поэтому его оценка всегда требует динамического наблюдения.

Замедленный темп возрастного развития может касаться одной или нескольких функций, отмечаться на одном или нескольких этапах, сочетаться или не сочетаться с различными неврологическими нарушениями. Поэтому оценка развития ребенка в раннем возрасте требует профессионального подхода.

Педагогам и родителям необходимо знать сроки нормального психомоторного развития ребенка для того, чтобы внимательно присмотреться к малышу, создать наиболее благоприятные условия для его развития.

Следует очень осторожно подходить к оценке отставания психомоторного развития у *недоношенного* или *рожденного с низкой массой тела* ребенка. Если временные параметры его развития находятся в соответствии со степенью его недоношенности и имеют тенденции к нормализации, это является хорошим прогностическим признаком, особенно если при неврологическом обследовании врач не отмечает у него отклонений со стороны нервной системы (см. Приложения 1 и 2).

Следует помнить, что некоторые формы задержки темпа развития тех или иных функций (например, речи) могут быть наследственными.

Оценка уровня психомоторного развития ребенка в раннем и дошкольном возрасте всегда должна быть дифференцированной,

учитывающей особенности развития общей моторики, тонкой моторики рук, зрительно-моторной координации, восприятия, познавательных функций и речи. Кроме того, важно оценить особенности социально-эмоционального развития.

Особенности социально-эмоционального развития ребенка в раннем возрасте наименее изучены. Вместе с тем хорошо известно, что психическое развитие ребенка в первые годы жизни происходит в процессе взаимодействия со взрослыми и при эмоциональном познании окружающего мира. Благоприятные условия взаимодействия взрослого и ребенка и особенно диады мать-ребенок являются необходимыми для нормального социально-эмоционального развития.

Социально-эмоциональное и умственное развитие неразрывно связаны. Выделяют три этапа социально-эмоционального развития.

*Первый этап* (условно охватывающий первые 5 месяцев жизни) характеризуется развитием недифференцированных привязанностей к лицам, ухаживающим за ребенком. Ребенок радуется общению со взрослым, стремится к телесному контакту, улыбается при ласковом обращении к нему.

*Второй этап* (от 5-6 месяцев до 1 года) отличается развитием специфических привязанностей. Ребенок начинает проявлять все более сильную привязанность к какому-либо одному заботящемуся о нем лицу. Он следит за ним глазами, выражает недовольство при его уходе, улыбается больше этому лицу, чем другим, охотнее и дольше гулит и лепечет в его присутствии. К концу этого этапа он может показывать активное стремление к отказу от общения с другими лицами, страх при виде чужого лица.

*Третий этап* характеризуется постепенным развитием множественных привязанностей. К году у ребенка единственная привязанность начинает расширяться и распространяется еще на 2-3 лица из его окружения. Обычно это другой родитель, бабушка или еще кто-либо из близких.

Некоторые дети в своем развитии минуют второй этап и более быстро переходят к третьему. Особенно это характерно для детей, которые воспитываются в детских учреждениях.

Таким образом, специфические эмоциональные привязанности у ребенка раннего возраста наиболее интенсивно развиваются в период от 22 недель до 1 года.

Структура эмоциональной привязанности ребенка не всегда однотипна. Наиболее благоприятной для психического развития является так называемая структура безопасной привязанности,

при которой ребенок чувствует себя уверенно и спокойно. Такая привязанность формируется в результате правильного взаимодействия матери с малышом, когда ребенок имеет, может быть, не столь частый, но эмоционально приятный физический контакт с матерью.

Нарушения социально-эмоционального развития у детей могут наблюдаться в случаях, когда мать мало эмоциональна и в общении с малышом больше руководствуется разумом. Она заботится о нем, но мало играет с ним, а если и играет, то не заражается одновременно с ним радостью. Подобный тип общения может predispose к развитию у ребенка невротических состояний, прежде всего страха и аутистических форм поведения (уход в себя, избегание контактов).

Трудности общения матери с ребенком могут иметь место при заболевании малыша церебральным параличом (тяжелые двигательные расстройства, связанные с поражением головного мозга). Часто такой ребенок с трудом удерживает голову, плохо сидит, у него могут наблюдаться насильственные движения, при взятии его на руки он непроизвольно выгибается, у него усиливается мышечное напряжение. Все это вызывает большое волнение и беспокойство матери, она также напрягается, и не возникает радостного общения для обоих.

Большое значение в формировании предпосылок социально-эмоциональных взаимодействий имеет не только контакт прикосновений, но и зрение и слух. У детей с нарушениями зрения и слуха при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может быть нарушено развитие социальных взаимоотношений. В этих случаях с трудом формируется синхронность действий матери и ребенка.

Это может отражаться на всем последующем развитии ребенка: у него не развивается познавательно-исследовательское поведение, часто отмечается пассивность, иногда агрессивность. Кроме того, у этих детей могут наблюдаться особые формы поведения, характерные для раннего детского аутизма и направленные на самостимуляцию (стереотипные движения рук, подпрыгивания на месте, бег по кругу и т. п.), а также различные патологические привычки: кусание губ, ногтей, сосание пальцев и т. п. У детей с одновременным нарушением зрения и слуха ограничен контакт с окружающими, что неблагоприятно отражается не только на их социально-эмоциональном развитии, но и на формировании интеллекта.

Одним из факторов, нарушающих формирование социально-эмоционального поведения у ребенка, могут быть стрессовые со-

стояния матери и других членов семьи, связанные с хроническим соматическим или неврологическим заболеванием ребенка. Мать, находящаяся в состоянии стресса, не может стать для ребенка основой для его полной защищенности. Такой ребенок растет тревожным, пугливым, пассивным, у него задерживаются сроки нормального социально-эмоционального развития, что неблагоприятно отражается на формировании всех психомоторных функций и на доречевом и речевом развитии. Кроме того, недостаточность доречевого общения неблагоприятно отражается на формировании речи.

Таким образом, общение младенца со взрослыми является необходимым условием его нормального психомоторного развития. Благодаря этому общению у ребенка постепенно развивается важнейшая социальная потребность в положительных эмоциях со стороны взрослого (Л.А. Венгер, В.С. Мухина, 1988). Реакция ребенка на общение со взрослым имеет важное значение для диагностики его психомоторного развития, особенно в первые месяцы и годы жизни. Так, при нормальном развитии улыбка при общении со взрослым является закономерной уже у 2-месячного ребенка, а у 3-месячного появляется новая эмоционально-двигательная реакция — комплекс оживления. К 4 месяцам у ребенка формируется ориентировочная реакция перед комплексом оживления. Отсутствие этой ориентировочной реакции может быть первым симптомом риска задержки психического развития (Л.Т. Журба, Е.М. Мастжова, 1981). К 6 месяцам появляется четкая реакция на мать и интерес к окружающим предметам.

В процессе общения со взрослым у ребенка формируются первые предпосылки для развития речи.

Придавая большое значение общению с ребенком, необходимо помнить, что в ряде случаев чрезмерное общение может иметь и отрицательные последствия. Если взрослый постоянно находится с ребенком, то малыш очень быстро привыкает к этому и начинает непрерывно требовать к себе внимания, он не проявляет самостоятельного интереса к игрушкам и своему окружению. Это особенно касается ослабленных, болезненных детей, а также детей с отставанием в развитии. Поэтому очень важно уже в первые месяцы жизни ребенка предоставлять ему возможность для самостоятельного познания окружающей действительности, накопления им сенсорно-моторного опыта. Известно, что сенсорные функции развиваются в тесной взаимосвязи с двигательными навыками, формируя целостную интегративную деятельность — сенсорно-моторное поведение, составляющее основу развития интеллектуальной деятельности и речи.

Психомоторное развитие ребенка характеризуется переходом от одного качественного состояния к другому, более высокому, что связано с развитием функций центральной нервной системы.

Выделяют несколько этапов раннего психического развития ребенка:

- младенческий — от рождения до года;
- преддошкольный — от 1 года до 3 лет;
- дошкольный — от 3 до 7 лет;
- младший школьный — от 7 до 12 лет.

Периодизация развития ребенка рассматривается как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому — более высокому.

Предполагается, что на каждом уровне развития преобладают специфические особенности нервно-психического реагирования. Эти особенности реагирования определяют возрастную специфику нервно-психических нарушений у детей.

**В младенческом возрасте** (от рождения до года) важно, чтобы прежде всего установилось тесное эмоциональное взаимодействие матери и ребенка. Именно в процессе этого общения формируются основы всей психической деятельности малыша.

Динамика психомоторного развития в первые годы жизни зависит от многих факторов, прежде всего от наследственных особенностей организма, общего состояния здоровья, пола, окружающей среды. Кроме того, развитие в раннем возрасте происходит неравномерно, поэтому его оценка всегда требует динамического наблюдения.

На первом году жизни мозг ребенка обладает наиболее высоким темпом своего развития: беспомощный новорожденный к концу первого года жизни овладевает прямохождением, ходьбой, предметно-манипулятивной деятельностью, начальным пониманием обращенной к нему речи, кроме того, он начинает произносить первые лепетные слова и соотносить их с лицами и предметами. Именно в этот период начинается становление речи как средства общения. Первый год жизни имеет очень важное значение в психическом развитии ребенка. Именно на первом году жизни формируются предпосылки дальнейшего обучения ребенка.

В психомоторном развитии ребенка первого года жизни выделяют несколько периодов. Уже в первый период — период новорожденности — в первый месяц жизни к 3-4 неделям появляются первые предпосылки так называемого коммуникативного поведения.

*Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. С. 24-25.

ния: ротовое внимание, когда малыш на ласковый голос и улыбку взрослого замирает, вытягивая слегка вперед губы, он как будто слушает губами. Кроме того, уже в период новорожденности малыш быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку.

В первые месяцы жизни у младенца интенсивно развивается зрение и слух: появляется зрительное и слуховое сосредоточение, зрительная фиксация и прослеживание предмета. К 3 месяцам у ребенка уже отчетливо выражена эмоционально-выразительная реакция на общение — комплекс оживления. Комплекс оживления проявляется в том, что ребенок сосредоточивает взгляд на лице общающегося с ним взрослого, улыбается ему, активно двигает при этом ручками и ножками и издает тихие звуки. Появление комплекса оживления определяет как бы грань между периодом новорожденности и младенчеством. Эмоционально-положительное отношение ребенка ко взрослому интенсивно развивается в период младенчества: появляется улыбка, затем смех, к 4-5 месяцам общение ребенка со взрослым приобретает избирательный характер. Ребенок постепенно начинает отличать своих от чужих. К 6 месяцам ребенок уже четко выделяет мать или ухаживающего за ним взрослого, рассматривает окружающие предметы и людей, а если он не дифференцирует мать, не дает ориентировочной или отрицательной реакции на новое лицо и/или не рассматривает окружающие его предметы, то его обязательно следует показать детскому психоневрологу.

В процессе общения со взрослым у ребенка формируются предпосылки к овладению речью. В присутствии взрослого ребенок более активно гулит, а затем и лепечет, со второго полугодия жизни начинает подражать слогам, произносимым взрослым.

Эмоционально-положительное общение взрослого с младенцем формирует у него коммуникативную потребность и стимулирует развитие речи.

К концу первого полугодия жизни у ребенка наряду с коммуникативным поведением интенсивно развиваются сенсорные функции. Прежде всего меняется характер зрительного прослеживания: если в первые месяцы жизни малыш следил за предметом, не отрывая взгляда, а потеряв предмет из поля зрения, больше к нему не возвращался, то после 5 месяцев ребенок, следя за предметом, как бы его осматривает, ощупывает взглядом. Если при этом внимание ребенка переключить на другой предмет или лицо взрослого, то через очень короткое время он может вернуться к прерванному занятию. Появление этой функции — важный показатель нормального нервно-психического развития ребенка.

К началу второго полугодия жизни в развитии движений *и* рук 1  
рук все большую роль начинает играть зрительный анализатор: к 6 месяцам ребенок быстро и точно направляет руку к игрушке, расположенной в поле его зрения. Игрушка становится средством общения и психического развития ребенка (Л.А. Венгер, В.С. Мухина, 1988).

В возрасте от 6 до 9 месяцев ребенок под контролем зрения берет игрушки, рассматривает и ощупывает их, перекладывает из руки в руку, тянет в рот. Все эти действия сопровождаются оживленной мимикой и разнообразными по интонации голосовыми реакциями. Таким образом, на основе активного манипулирования с предметами развивается активность познавательной деятельности, формируется готовность к совместной игре со взрослыми, появляются выразительные коммуникативные жесты, формируется начальное понимание обращенной речи, активизируется лепет, развивается самоподражание и подражание звукам взрослого.

Понимание ситуации и стремление к подражанию и контакту со взрослым позволяет 9-месячному ребенку обучиться игре в ладушки, а также умению искать спрятанную игрушку.

Важное значение для оценки психомоторного развития ребенка в конце первого года жизни имеет его реакция на речевое общение. Дети с нормальным психическим развитием и сохранным слухом к концу года адекватно реагируют на речевое общение и интонацию, отвечают действием на некоторые словесные просьбы. К концу года при соответствующем обучении ребенок понимает и выполняет несколько словесных команд. Всегда следует помнить, что подобное понимание обращенной к малышу речи развивается только в процессе обучения на фоне эмоционально-положительного взаимодействия взрослого с ребенком. Поэтому невыполнение подобных просьб может быть связано с отсутствием специальных занятий с малышом, а также недостаточностью эмоционального общения.

Если у малыша нет адекватной реакции на речь, следует проверить у него слух и посоветоваться с детским психиатром или невропатологом относительно его психического развития.

Ребенок с отставанием в развитии слабо реагирует на общение со взрослым и на окружающие предметы, он долго не дифференцирует «своих» и «чужих».

Одной из характерных особенностей **преддошкольного возраста** (от 1 года до 3 лет) является формирование нового вида общения на основе интенсивного развития речи. Кроме того, малыш начинает правильно и по назначению употреблять окружающие его предметы. В личностном плане у него развивается воля,

стремление к самостоятельности, творческая активность, познавательный интерес. Самостоятельное передвижение, активное взаимодействие с предметами и игрушками способствуют дальнейшему развитию сенсорных функций.

Наиболее интенсивно развивающейся функцией в преддошкольном возрасте является речь. К 3 годам ребенок общается с окружающими развернутыми фразами. Значительно расширяется его активный словарь. Ребенок постоянно комментирует свои действия, начинает задавать вопросы.

Интенсивное развитие речи на этом возрастном этапе перестраивает все психические процессы ребенка. Речь становится ведущим средством общения и развития мышления.

К 2 годам начинает развиваться так называемая регулирующая функция речи, т. е. ребенок все более и более начинает подчинять свои действия словесной инструкции взрослого. Однако лишь на третьем году жизни речевая регуляция поведения становится более постоянной. Происходит интенсивное развитие понимания речи. У ребенка не только резко увеличивается число понимаемых им слов, но он начинает действовать с предметами по инструкции взрослого, у него развивается интерес к слушанию сказок, рассказов и стихов, т. е. понимание речи начинает выходить за пределы непосредственной ситуации общения.

Темп развития речи в преддошкольном возрасте является очень высоким. Так, если к концу второго года ребенок употребляет до 300 слов, то к началу третьего года их число резко возрастает, достигая к концу третьего года 1000-1500 слов. Вместе с тем артикуляция звуков остается еще далеко не совершенной: многие звуки опускаются или замещаются близкими по артикуляции или звучанию. Ребенок при произнесении слов, в первую очередь, ориентируется на их интонационно-ритмическую и мелодическую характеристику.

Показателем нормального развития детской речи на этом возрастном этапе является возможность ребенка к 3 годам строить предложения из 3-4 слов и более и употреблять знакомые слова в нескольких грамматических формах<sup>1</sup>. Многие авторы отмечают большую динамичность этого процесса у детей с нормальным речевым развитием.

Выявление нерезко выраженного отставания в развитии речи и особенно понимание причин этого отставания на этом возрастном этапе представляет большую сложность, так как индивидуальные

*Жукова Н.С., Мاستюкова ЕМ.* Если ваш ребенок отстает в развитии. М.: Медицина, 1993. С. 25.

сроки нормального речевого развития широко варьируют и, кроме того, любое неблагоприятное воздействие на организм ребенка в этот наиболее чувствительный (сенситивный) период формирования речи может приводить к отставанию речевого развития. Поэтому родителям и педагогам следует иметь в виду, что ребенок может отставать в развитии речи под влиянием самых различных неблагоприятных факторов. Это могут быть различные соматические заболевания, ослабляющие организм ребенка, психические травмы, недостаточность эмоционального общения, а также различные нервно-психические заболевания и отклонения в развитии. Поэтому любой ребенок с отставанием речи нуждается в консультации детского психоневролога. Именно врач в процессе обследования ребенка определит причины и характер отставания и наметит лечебно-коррекционные мероприятия. Тактика врача всегда направлена на уточнение клинического диагноза и определение раннего коррекционного вмешательства. На вопрос родителей, с какого возраста следует начинать заниматься с ребенком, если он отстает в развитии, ответ только один — немедленно.

Для психического развития ребенка важное значение имеет взаимоотношение развития действий с предметами и речи. Известно, что действенные анализ и синтез предшествуют развитию речи и словесному способу познания, однако в формировании представлений необходимо участие речи.

Отставание в развитии речи приводит к трудностям формирования операций сравнения, дифференцированного восприятия объектов.

К 3-летнему возрасту речь начинает занимать центральное место в психическом развитии ребенка. К 3 годам ребенок начинает говорить о себе в первом лице, у него формируется чувство «я», т. е. возможность выделения себя из окружающего мира.

В этот период у ребенка отмечается выраженное стремление к самостоятельности. Попытки родителей относиться к нему как к малышу вызывают у него чувство протеста. Если родители упорно подавляют самостоятельность ребенка, у него формируются упрямство и стремление все делать наоборот, впоследствии становящиеся правилом.

Особенности поведения ребенка в этот период развития во многом зависят от отношения к нему взрослых. Упрямство и негативная форма поведения направлены, в первую очередь, против взрослых, которые постоянно ухаживают за ребенком, особенно если они чрезмерно его опекают, чаще всего — это мать или бабушка.

Этот этап развития рассматривается как кризис трех лет (первый возрастной кризис).

На этом возрастном этапе формируется особое психологическое новообразование — обособление себя от окружающих, что имеет важное значение для личностного развития ребенка.

Вместе с тем у детей с особыми проблемами в развитии в этот период наиболее резко проявляются различные психопатологические нарушения. Например, обособление себя от окружающих может принимать болезненный характер у детей с ранним детским аутизмом (РДА). Не случайно, что это отклонение в развитии наиболее ярко манифестирует в возрасте 3 лет.

На этом этапе возрастного развития очень важно, чтобы родители и педагоги-воспитатели были бы максимально внимательны к ребенку. Резкое отдаление ребенка от матери, например помещение его в детское учреждение, может травмировать психику малыша и привести к срывам нервной системы. В одних случаях это может проявляться в страхах, замкнутости, «уходе в себя», в других — в агрессии, нарушениях поведения. Кроме того, на этом этапе может нарушиться сон, могут возникнуть трудности с кормлением, туалетом, может появиться заикание.

Особо обращает на себя внимание то, что самые разнообразные нервно-психические заболевания у детей на этом возрастном этапе прежде всего проявляются нарушениями речи. Так, ребенок с ранним детским аутизмом начинает говорить о себе в третьем лице, не используя местоимение я; иногда создается впечатление, что он как бы не понимает речи окружающих, не выполняет речевые инструкции. Все это приводит к предположению о наличии у него локальных речевых расстройств. На самом деле у такого ребенка нарушено целостное коммуникативное поведение из-за отсутствия потребности в общении с окружающими.

В некоторых случаях на этом возрастном этапе у детей может наблюдаться чрезмерно интенсивное и неравномерное развитие речи. Родители, стремясь способствовать этому, часто допускают ошибку, перегружая ребенка чрезмерной словесной информацией, новыми впечатлениями. Это может приводить к так называемому эволютивному заиканию («заиканию развития»). При этом заикании имеет место выраженная неравномерность в развитии речевых и психических средств общения. При высокой мотивации к общению, достаточном словарном запасе, хорошей речевой памяти у ребенка часто отмечается недостаточность общей и речевой моторики, регуляторной деятельности, координаторных функций, что и приводит к этой особой форме детского заикания. Родителям и воспитателям следует быть особенно внимательными к ребенку

в этот период интенсивного развития речи. Любое заболевание, психическая травма, чрезмерная стимуляция речевого развития могут привести к срыву наиболее интенсивно формирующейся речевой функции. Особенно следует обратить внимание на детей с повышенной нервной возбудимостью, леворукостью, моторной неловкостью, соматической ослабленностью, легкой мозговой дисфункцией, т. е. на детей, родившихся от матерей с неблагоприятно протекавшими беременностью и родами и имевших на первом-втором году жизни различные, в том числе и слабо выраженные, неврологические отклонения.

Для детей с легкой мозговой дисфункцией, неправильными условиями воспитания на этом возрастном этапе характерна общая двигательная расторможенность, эмоциональная возбудимость.

Особое внимание в этот возрастной период родителям и воспитателям следует обратить на так называемые регрессивные расстройства психических, речевых и моторных функций. Эти расстройства могут возникать при различных психических и неврологических заболеваниях.

Как уже отмечалось, они характерны для раннего детского аутизма. На этом возрастном этапе, кроме нарушений коммуникативного поведения, у детей с аутизмом проявляется отгороженность их от окружающего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, однообразное, стереотипное поведение с непереносимостью взгляда в глаза, «игры» с предметами неигрового назначения, страхи.

На этом же возрастном этапе отчетливо проявляются и более редкие нервно-психические заболевания, например такие, как синдром Ретта — заболевание, наблюдаемое исключительно у девочек.

Психические и неврологические заболевания, возникающие в период первого возрастного кризиса, такие как шизофрения, эпилепсия и другие, могут приводить к быстрому распаду сформированных и формирующихся психических функций.

В дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) интенсивно развивается игра, опосредованная деятельность с предметами, речь, что способствует формированию абстрактных форм мышления, произвольности психических процессов, возможности формирования внутреннего плана действий и оценки собственных действий и поведения.

В первые годы дошкольного периода преобладает игровая деятельность, постепенно развивается сюжетно-ролевая игра. Сюжетно-ролевая игра развивается на основе простых сюжетных игр, в которых младшие дошкольники достаточно четко воспроизводят



действия изображаемых ими людей. Это игры «в дочки-матери», «в доктора» и т. п.

Сюжетно-ролевая игра характерна для старших дошкольников. Эта игра, как правило, коллективна и отличается разнообразием тематики. Дети отражают в игре знакомые им ситуации, выходящие за пределы их личного опыта.

Кроме того, в старшем дошкольном возрасте развиваются подвижные и дидактические (обучающие) игры. Следует отметить, что эти игры возникают лишь в процессе целенаправленного руководства взрослых. Основной особенностью этих игр является то, что эти игры с правилами.

Для детей с особыми проблемами в развитии дидактические и развивающие игры имеют особенно важное значение, являются важным средством обучения ребенка.

Наряду с игрой в дошкольном возрасте развиваются так называемые продуктивные виды деятельности — рисование и конструирование. Изобразительная деятельность ребенка начинает формироваться на границе преддошкольного и дошкольного возраста. Большую роль в ее развитии играет формирующаяся знаковая функция сознания.

К концу дошкольного периода, наряду с совершенствованием наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, начинают формироваться логические операции. Ребенок начинает мыслить при помощи рассуждений, т. е. он учится связывать между собой разные знания для решения конкретной мыслительной задачи.

Очень важным качественным приобретением в умственном развитии старшего дошкольника является возможность выделения общих и существенных признаков предметов и явлений окружающей действительности, таким путем у него формируется логическое обобщенное мышление.

При этом важно отметить взаимосвязь в развитии различных видов мышления дошкольника. Особенно тесная взаимосвязь существует между наглядно-образным и логическим мышлением. Обычно они совместно участвуют в решении дошкольником различных мыслительных задач.

К концу дошкольного периода ребенок обычно овладевает рациональными способностями мыслительных действий, но для этого необходимо специальное обучающее воздействие. В результате мыслительных действий у ребенка формируются новые знания и представления об окружающем мире. Эти знания могут формироваться как с помощью, преимущественно, наглядно-образного мышления (тогда—это новые образы и наглядные модели пред-

метов и явлений окружающего мира), так и логического мышления (тогда — это новые понятия). Следует иметь в виду, что у дошкольника преобладает наглядно-образное мышление, поэтому разнообразный наглядно-образный материал в обучении дошкольника имеет важное практическое значение. Вместе с тем наглядно-образное мышление стимулирует формирование логического мышления.

Для развития наглядно-образного мышления важное значение имеют все продуктивные виды деятельности ребенка, особенно рисование и конструирование. Рисовать ребенок начинает в младшем дошкольном возрасте. Ребенок 3-4 лет в рисунке пытается изобразить отдельные предметы. Обучение оказывает большое влияние и на то, как он рисует, с точки зрения техники рисования, и на то, как он изображает различные предметы. На начальном этапе рисования ребенок передает в рисунке лишь отдельные части изображения, которые ему кажутся наиболее важными. Лишь очень постепенно, по мере развития предметной деятельности и зрительно-моторной функции, а также активного внимания, рисунок ребенка видоизменяется и совершенствуется. Таким образом, рисунок отражает процесс матурации, т. е. созревания интегративных функций центральной нервной системы.

Рисование имеет важное значение для психического развития ребенка, а также для совершенствования его моторики и подготовки руки к письму. Рисуя, ребенок получает и закрепляет представления о свойствах предметов.

Важное значение для психического развития дошкольника имеет конструирование. Конструктивная деятельность начинается на протяжении четвертого-пятого года жизни. Овладение конструированием на начальных этапах всегда происходит под руководством взрослого. Важное значение имеет метод обучения. В зависимости от заданий, которые даются детям, выделяют конструирование по образцу, по условиям и по замыслу.

При конструировании по образцу ребенок воспроизводит представленный ему образец, который может быть как в форме готовой конструкции, так и общего ее контура.

При конструировании по условиям ребенок воспроизводит в конструкции знакомый предмет с учетом определенных требований, например, построить маленький домик для куклы или гараж для большой машины и т. п.

Важное значение для психического развития ребенка имеет конструирование по его собственному замыслу.

По мере развития конструирования у ребенка формируются конструктивные представления и конструктивное мышление.

Большую роль в развитии всех видов деятельности дошкольника и в развитии его мышления играет обучение: «Оно вызывает к жизни целый ряд таких процессов развития, которые вне обучения вообще бы сделались бы невозможными»<sup>1</sup>.

Умственные способности дошкольника развиваются путем усвоения определенных знаний и представлений об окружающем мире, а также путем овладения им целым рядом умений (рисование, конструирование, чтение, письмо). Кроме того, многими авторами, прежде всего А.В. Запорожцем, показана важность для умственного развития ребенка овладения действиями замещения и наглядного моделирования, что дает ребенку возможность уже на уровне наглядно-образного мышления усваивать обобщенные знания. Такой метод использован рядом авторов при обучении дошкольников грамоте и при формировании у них начальных математических понятий<sup>2</sup>.

Установлено, что в дошкольном возрасте моделирование способствует развитию мышления, что пространственные модели способствуют переходу детей от наглядно-действенного мышления к наглядно-образному. Не менее важно то, что моделирование способствует развитию умения планировать свою деятельность<sup>3</sup>. Доказана роль целенаправленного руководства для овладения детьми наглядным моделированием. Это определяет важность формирования у детей с отклонениями в развитии интереса к конструктивной деятельности и ее результату. При этом особое внимание обращается на использование в обучении графических моделей. В отечественной коррекционной педагогике разработаны специальные приемы, способствующие овладению наглядным моделированием детьми дошкольного возраста с отклонениями в развитии<sup>4</sup>. Показано, что введение графических моделей способствует формированию конструктивных представлений.

В дошкольном возрасте, наряду с совершенствованием моторики, развитием конструктивной деятельности, происходит развитие всех психических функций и, прежде всего, продолжается интенсивное развитие речи. Словарный запас к 6 годам возрастает до 3,5 тыс. слов. Речь продолжает играть основную роль в раз-

ви мышления ребенка, являясь средством регуляции его поведения.

Процесс восприятия становится все более самостоятельным и целенаправленным. У детей формируется наблюдательность, расширяется круг представлений об окружающем мире, развивается понимание причинно-следственных связей.

Все это создает основу для развития обобщенных видов мышления, к концу дошкольного возраста ребенку доступны простейшие виды логических операций.

В дошкольном возрасте формируются пространственные представления, которые играют большую роль в общем психическом развитии ребенка и являются одной из необходимых предпосылок для овладения элементарными счетными операциями, а в дальнейшем и математическими понятиями.

Быстро развивается память, дети легко запоминают стихи, сказки.

Интенсивное развитие всех психических функций и расширение круга практической деятельности формирует у дошкольника познавательное отношение к окружающей действительности.

Уже в старшем дошкольном возрасте у ребенка формируется внутренняя оценка ситуации, поступка, действий, совершенствуется внимание, закладываются основы нравственного развития личности.

Стойкие нарушения внимания в дошкольном возрасте часто являются одним из признаков различных отклонений в общем состоянии здоровья, а также одним из показателей задержки в психическом или физическом развитии. Особенно стойкие нарушения внимания характерны для детей с некоторыми неврологическими заболеваниями, например гидроцефалией, детским церебральным параличом, эпилепсией и другими заболеваниями.

В дошкольном возрасте совершенствуется связная речь. Ребенок может связно и последовательно, грамматически и фонетически правильно излагать свои мысли. В некоторых случаях у детей может наблюдаться недифференцированное произнесение отдельных звуков, чаще это свистящие, шипящие, аффрикаты и сонорные.

Нередко наблюдается фонематическое недоразвитие слуха, ребенок недостаточно четко дифференцирует на слух сходные по звучанию фонемы, а также звуки, отличающиеся наиболее тонкими акустико-артикуляционными признаками. Это часто сочетается с трудностями составления рассказа по картинке или серии сюжетных картинок. Кроме того, такие дети с трудом заучивают стихотворения. Эти дети нуждаются в логопедических занятиях.

*Выготский Л.С.* Избранные психологические исследования. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. С. 156.

<sup>2</sup> *Журова Л.Е.* Обучение грамоте в детском саду. М.: Педагогика, 1974. С. 152.

*Тарунтаева Т.В.* Развитие элементарных математических представлений у дошкольников. М.: Просвещение, 1973. С. 80.

*Гаврилушкина О.П., Соколова Н.Д.* Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. М.: Просвещение, 1985. С. 72.

Существуют особые дети, которые составляют группу риска по школьной дезадаптации. К ним относятся соматически ослабленные дети, дети с нарушениями речи, моторики, поведения, функции активного внимания, памяти, а также дети с нарушениями общения и задержками психического развития, которые могут иметь как парциальный (частичный), так и общий характер. Все эти категории детей нуждаются в особенно тщательной подготовке к обучению.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Зачем педагогам и родителям необходимо знать возрастные закономерности психомоторного развития?
2. Назовите этапы социально-эмоционального развития.
3. В каких случаях могут наблюдаться нарушения социально-эмоционального развития?
4. Какое значение для развития ребенка имеет общение со взрослым?
5. Как предупредить отставание в развитии?
6. В чем особенности психомоторного развития ребенка в младенческом возрасте? Признаки отставания.
7. Охарактеризуйте преддошкольный возраст и его особенности. Как проявляются разнообразные нервно-психические нарушения на этом возрастном этапе?
8. В чем состоят особенности дошкольного возраста?
9. Какие дети относятся к группе риска и нуждаются в особом подходе при подготовке к школе?

### Рекомендуемая литература

- Бадалян Л.О.* Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка // Методологические аспекты наук о мозге. М., 1983.
- Бадалян Л.О.* Детская неврология. М., 2000.
- Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.Н.* Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, 1980.
- Белякова Л.И.* Речевой онтогенез и значение гиперсенситивных периодов. В кн.: Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. Москва-Воронеж, 2001.
- Буянов М.И.* Ребенок из неблагополучной семьи. Записки детского психиатра. М., 1988.
- Ветер Л.А., Мухина В.С.* Психология. М., 1988.
- Выготский Л.С.* Вопросы детской психологии. СПб, 1997.
- Гаврилушкина О.П., Соколова Н.Д.* Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. М., 1985.
- Жукова Н.С., Мاستюкова Е.М.* Если ваш ребенок отстает в развитии. М., 1993.
- Журба Л. Т., Мастюкова Е.М.* Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981.

*Л.Е.* Обучение грамоте в детском саду. М., 1974.

*Запорожец А.В.* Развитие мышления // Психология детей дошкольного возраста. М., 1964.

*Запорожец А.В., Лисина М.Н.* Развитие общения у дошкольников.

М., 1974.

*Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. М., 1979.

*Лисина М.И.* Проблемы онтогенеза общения. М., 1986.

*Ляпидевский С.С.* Невропатология. Естественнаучные основы специальной педагогики. М., 2000.

*Мастюкова Е.М.* Ребенок с отклонениями в развитии. М., 1992.

*Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Они ждут нашей помощи. М., 1991.

Особенности психического развития детей 6-7-летнего возраста / Под ред. Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгера. М., 1998.

*Симерницкая Э.Г.* Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985

*Тарунтаева Т.В.* Развитие элементарных математических представлений у дошкольников. М., 1973.

*Эльконин Д.Б.* Детская психология: Развитие ребенка от рождения до семи лет. М., 1960.

;;

## Глава 2. РАННЯЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Для детей с отклонениями в развитии и детей группы риска исключительно важное значение имеет раннее начало лечебно-коррекционных мероприятий. В первые месяцы жизни особое значение имеет сенсорное воспитание. Сенсорные функции развиваются в тесной взаимосвязи с двигательными навыками, благодаря чему формируется целостная интегративная деятельность — сенсорно-моторное поведение, которое составляет основу психического развития ребенка.

Для предупреждения отставания в развитии важно с первых месяцев жизни стимулировать у ребенка накопление чувственного опыта, сочетая его с моторной активностью. Малыша следует обучить комплексному обследованию окружающих предметов с привлечением зрения, слуха, движений рук. Это должно осуществляться в процессе повседневного ухода за ребенком. После этого ребенку следует постоянно предоставлять возможность для самостоятельного познания окружающей действительности, создавая для этого наиболее благоприятные условия.

Первым необходимым условием успешности этой работы является правильная организация сенсорно-моторного окружения. Роватка ребенка должна находиться в светлой части комнаты.

Уже с 1,5-2 месяцев к кроватке подвешиваются игрушки. Известно, что уже с первых недель жизни у ребенка развивается бинокулярное зрение (одновременное восприятие предметов двумя глазами), что позволяет ему видеть предметы. К концу первого месяца младенец уже фиксирует глазами крупные предметы и в последующем следит глазами за передвигающимися крупными и яркими предметами и людьми.

Игрушки подвешиваются к кроватке примерно на расстоянии 70 см над грудью малыша. Крупные и яркие игрушки размещают также в разных местах комнаты, недалеко от кроватки малыша. Некоторые из них можно прикрепить к стене. Периодически игрушки меняют.

Игрушки подвешиваются на расстоянии вытянутых рук ребенка, чтобы он мог легко ударять по ним, а затем хватать и ощупывать.

Кроме того, в поле зрения ребенка полезно помещать крупные объемные и плоские игрушки или картины.

Надо иметь в виду, что игрушка является важным средством общения и психического развития ребенка.

Игрушки следует подбирать с учетом возраста и уровня психического развития ребенка. На начальных этапах полезно использовать легкие пластмассовые разноцветные игрушки, звучащие погремушки, по которым малыш может легко ударить рукой или захватить их. С помощью погремушки ребенку впервые удастся уловить результат предпринятых им действий. Погремушка стимулирует ребенка к повторению одних и тех же действий, что способствует их освоению.

Важно, чтобы взрослые активизировали процесс зрительного и слухового восприятия. Для вызывания зрительных реакций месячного ребенка мать привлекает его внимание к игрушке, приближая и удаляя ее от глаз малыша на расстояние 30-70 см, отводит ее в стороны на 8-10 см. После того как ребенок зафиксировал взор на игрушке, она медленно передвигает ее в сторону на высоте 40-50 см от глаз ребенка.

В возрасте 2-3 месяцев ребенка стимулируют фиксировать взгляд как на перемещаемых игрушках, так и на неподвижных предметах, побуждая его к более длительному сосредоточению на них, а также на лице говорящего.

Такие игры-занятия являются более эффективными, если их проводит мать в процессе эмоционально-положительного взаимодействия с малышом.

В настоящее время доказано, что именно мать (или лицо, заменяющее ее) обладает специфическими и высокоэффективными

способностями стимуляции развития ребенка раннего возраста. Установившееся взаимодействие мать-дитя на ранних этапах развития представляет собой функциональную саморегулирующуюся биологическую систему.

Для развития зрительно-слуховых связей используют звучащие игрушки. Ребенка учат отыскивать взором звучащий предмет, расположенный на разном расстоянии и в различном направлении от ребенка.

Важное значение имеет развитие осязательных движений рук малыша одновременно со зрительной фиксацией осязательного предмета. С этой целью ребенку вкладывают в руку различные по форме, величине, тяжести, фактуре игрушки и предметы и привлекают его зрительное внимание к объекту, находящемуся в руке. Ребенка побуждают к захвату предметов и помогают ему в его осуществлении. Предметы и игрушки подбирают соответственно психомоторным возможностям ребенка и его возрасту.

Важное значение имеет развитие голосовых реакций — гуления, лепета. Используют специальные приемы для вызывания первых голосовых реакций. Стимулируют как спонтанное произнесение звуков, так и по подражанию. Для стимуляции голосовых реакций взрослый наклоняется над ребенком, ласково улыбается и произносит через определенные интервалы одни и те же протяжные звуки, стимулируя ребенка к ответным голосовым реакциям. Ребенка учат прислушиваться к голосу и подражать взрослому. К концу первого года жизни ребенка побуждают к обозначению предметов и действий звуковыми сочетаниями и отдельными звуками (а-а-а — спать, бах — упал и т. п.).

Со второго полугодия жизни чувственный опыт ребенка все больше связывается с речью взрослого. Поэтому, давая ребенку игрушки, обязательно называют их. После 6 месяцев малыша также стимулируют активно манипулировать разнообразными предметами и игрушками. Полезно предлагать игрушки для вкладывания и вынимания (матрешки, пирамидки), толкания (машины, тележки), для наизывания, катания и т. п.

Важное значение имеет развитие моторики пальцев.

У детей с поражением центральной нервной системы педагогические приемы стимуляции развития сочетаются со специальным лечением. При двигательных нарушениях широко применяют физиотерапевтические методы лечения, при задержках развития стимулирующую медикаментозную терапию, которая применяется Дифференцирование в зависимости от характера неврологического заболевания. Среди лекарственных препаратов для стимуляции психического развития ведущее значение имеют аминокислоты

и витамины, нормализующие белковый обмен и стимулирующие энергетические процессы в тканях мозга. К таким препаратам относятся: гаммалон, аминалон, ноотропил, церебролизин, энцефабол, когитум, глютаминовая кислота, витамины группы В. Другие медикаментозные препараты назначают с учетом специфики нервнопсихических расстройств и соматического состояния ребенка.

Успех ранних лечебно-педагогических мероприятий у детей раннего возраста во многом зависит от родителей, которые должны стать активными помощниками врача, и взаимодействия матери и ребенка.

Важное значение имеет ранняя стимуляция доречевого и начального речевого развития. Она также проводится с учетом этапов нормального развития.

На первом этапе (для нормально развивающегося ребенка это возраст от 1 до 3 месяцев) проводится тактильная стимуляция губ, развитие слухового внимания, стимуляция гуления.

На втором этапе (4-8 месяцев) — гимнастика губ: сближают губы вместе и растягивают их в стороны, пока не почувствуют сопротивление. Собирают губы в морщинки, пока ребенок не начнет сопротивляться этим движениям. Побуждают ребенка губами тянуться к соске, пище. Стимулируют движения языка путем надавливания на его кончик ложкой в момент кормления. Делают это очень осторожно, чтобы не вызвать рвотный рефлекс. Стимулируют движения языка при помощи шпателя с вареньем. Побуждают жевание: держат пальцы под подбородком, когда ребенок пытается жевать, пассивно помогая ему в этом, подталкивая нижнюю челюсть вверх и вниз. Стимулируют лепет и слуховое внимание.

На третьем этапе (9-18 месяцев) стимулируют и развивают жевание: помещают кусочки пищи между челюстями и пассивно воспроизводят схему жевания.

Развивают возможность одновременного восприятия ритмичных звуков и зрительного восприятия движений руки взрослого. Для этого на глазах у ребенка звонят в колокольчик. Развивают слуховое внимание и элементарную звуковую дифференцировку, а также определение звука в пространстве различными звучащими игрушками. Закрепляют связь между словом, предметом и простейшим действием. Обучают ребенка давать предмет по просьбе взрослого. По подражанию развивают интонацию просьбы.

На четвертом этапе (19-36 месяцев) продолжают развивать локализацию звука в пространстве, моторную сторону речи, стимулируя ребенка к повторению слов по подражанию, развивают словарный запас, интонационную сторону речи, расширяют словарный запас, стимулируют развитие речи.

Важное значение при ранней стимуляции психомоторного развития имеет развитие зрительно-моторной координации и дифференцированных движений рук. Эта работа проводится в соответствии с нормальными закономерностями развития этих функций у здорового ребенка (см. Приложение 1, табл. III и IV).

**В возрасте 1-3 месяцев** развивают зрительное и слуховое внимание, высоко звучащие игрушки вкладывают в руку ребенка с целью развития тактильных ощущений при дополнительной зрительной стимуляции.

**В возрасте 4-8 месяцев** развивают функцию активного, произвольного захвата игрушек, варьируя величину, фактуру, вес игрушек.

**В возрасте 9-18 месяцев** развивают возможность узнавать знакомые предметы на расстоянии, захватывать с участием большого пальца и конечных фаланг других. В игре ребенка учат исследовать предметы путем повторных проб действий с ними, в том числе и проб с опорожнением и наполнением. Учат ребенка пить из чашки, пользоваться ложкой. С этой целью еще более варьируют размеры и формы игрушек. Проводят игры-упражнения с наливанием и выливанием воды. Ребенку предлагают игрушки, в захватывании которых необходимо участие большого пальца и конечных фаланг остальных («игрушки на ниточках»).

**В возрасте 19-36 месяцев** продолжает развиваться зрительное восприятие глубины в вертикальной и горизонтальной плоскостях. Развивается манипулятивная деятельность, начинает развиваться тактильно-осознательное восприятие. Ребенок хотя и продолжает играть двумя руками, но уже выделяется преобладающая рука. Преобладающая рука еще часто может меняться.

В процессе коррекционной работы развивают зрительно-тактильные связи, проводят активные игры с ребенком — складывание кубиков, игры с песком и водой, простейшими сборными игрушками.

**В возрасте 3 лет** у здорового ребенка развиваются зрительно-моторные навыки, зрительное восприятие частей и целого. Ребенок при манипулятивной деятельности обращает внимание на движения рук. На этом возрастном этапе для стимуляции развития используют пластилин, цветные мелки и карандаш. Обучают ребенка провести линию, игре в кубики, простейшему конструированию, начинают развивать функции самообслуживания: самостоятельно снимать одежду и надевать с помощью взрослого, расстегивать большие пуговицы.

**К возрасту 4 лет** ребенка учат пользоваться цветными карандашами и мелками. Обучают вырезанию и склеиванию, определе-

нию на ощупь материала: песок, бумага, мех и т. п. Учат застегивать пуговицы и простые крючки, пользоваться ложкой и вилок.

**К возрасту 5 лет** обучают раскрашиванию, рисованию, копированию основных форм (кружок, крест, квадрат), вырезанию и склеиванию, зашнуровыванию ботинок.

Развитие эмоционально-положительного общения с матерью или заменяющим ее лицом

Исключив физические причины беспокойства ребенка (болевы ощущения, чувство дискомфорта от мокрых пеленок, голода, холода и т. п.) и наладив с первых дней жизни строгий режим дня, мать приступает к проведению с малышом специальных игр, способствующих повышению эмоционального тонуса и развитию положительных эмоций.

1. Многократно повторяя какое-либо звуко сочетание или слово, приближая и отдаляя свое улыбающееся лицо, мать стремится тем самым привлечь внимание ребенка и передать ему свое радостное настроение, создать положительный эмоциональный контакт с малышом.

2. Накинув себе на лицо платок, мать окликает ребенка, привлекая к себе его внимание, затем быстро сдергивает платок, смеясь и приближая свое лицо к ребенку. Быстрая смена слуховых и неожиданных зрительных впечатлений создает у ребенка положительные эмоции и повышает его эмоциональный тонус. (Упражнение эффективно, когда ребенок уже выделяет мать.)

3. Мать берет малыша на руки в вертикальном положении, приблизив его лицо к своему, она, то отдаляя его от себя, то приближая, громко нараспев произносит какое-нибудь звуко сочетание или слово. Вертикальное положение тела, телесный контакт и речевое общение вызывают эмоционально-положительные реакции ребенка.

Самостоятельным направлением лечебной педагогики является ранняя помощь особому ребенку и его семье. Разрабатываются программы «вмешательства в развитие», методы диагностики развития младенцев (Э.Л. Фрухт, Ю.А. Разенкова).

В конце книги (см. Приложение 4) представлен фрагмент из программы Маккуэри (Австралия) по подготовке к обучению письму.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. От каких факторов зависит успех лечебно-педагогических мероприятий у детей раннего возраста?
2. Как правильно организовать сенсорно-моторное окружение ребенка?

3. Назовите этапы стимуляции доречевого и начального речевого развития.
4. На каких этапах развития проводится стимуляция зрительно-моторной координации и дифференцированных движений рук?
5. Как стимулировать эмоционально-положительное общение ребенка с матерью?

### Рекомендуемая литература

*Аксенова Л.И.* Ранняя помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений современной специальной (коррекционной) педагогики // Дефектология. 2002. № 3.

*Выготский Л.С.* Проблемы развития психики // Собр. соч. в 6 т. М., 1983. Т. 5

*Жукова Н.С., Мастюкова Е.М.* Если ваш ребенок отстает в развитии. М., 1993.

*Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. М., 1979.

*Кожевникова Е.В., Чистович Л.А.* Абиляция младенцев — первая в России программа раннего вмешательства // Сб. науч. трудов Санкт-Петербургского института раннего вмешательства. СПб., 1996. Т. 1.

*Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Они ждут нашей помощи. М., 1991.

*Путерси М., Трилор Р.* при участии Керне С. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии / Пер. с англ. / Науч. ред. Е.М. Мастюкова. М., 1997.

Помощь родителям в воспитании детей / Пер. с англ. / Общая ред. и предисловие В.Я. Пилиповского. М., 1992.

*Уайт Б.* Первые три года жизни. М., 1982.

*Хейссерман Э.* Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка: оценка интеллектуального, сенсорного и эмоционального развития. М., 1964.

## Глава 3. НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСНОВНЫХ ФОРМАХ АНОМАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (клиническая характеристика)

### 3.1. Умственная отсталость

Вопросы определения и классификации умственной отсталости являются чрезвычайно сложными и дискуссионными. В настоящее время существуют несколько определений понятия «умственная отсталость», которые встречаются в литературе. (Е.Н. Моргачева, 1999).

Под умственной отсталостью отечественные специалисты понимают стойкие нарушения психического развития определенной качественной структуры. При умственной отсталости имеет место ведущая недостаточность познавательной деятельности и, в первую очередь, недоразвитие абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения в сочетании с малой подвижностью и инертностью психических процессов.

Выделяют две основные формы умственной отсталости: *олигофрению* и *деменцию*.

При олигофрении имеет место раннее, обычно внутриутробное недоразвитие головного мозга, обусловленное наследственными влияниями или различными повреждающими факторами окружающей среды, действующими в период внутриутробного развития плода, во время родов и в течение первого года жизни. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Особенности проявления интеллектуальной недостаточности связаны лишь с возрастными закономерностями развития ребенка.

Для олигофрении характерно тотальное недоразвитие всех психических функций с преимущественной недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения.

Недоразвитие познавательной деятельности при олигофрении проявляется, прежде всего, в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности мышления. Слабость логического мышления заключается в низком уровне развития обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности по существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор.

Темп мышления замедлен, характерна инертность психических процессов, отсутствует возможность переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия. Недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов. В восприятии, памяти, внимании страдают прежде всего функции отвлечения и обобщения, т. е. всегда нарушаются компоненты психической активности, связанные с аналитико-синтетической деятельностью мозга. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжелых формах выявляется уже на первом году жизни.

При **олигофрении** выделяют три степени умственного недоразвития: *дебильность*, *имбецильность* и *идиотию*.

Дебильность является наиболее легкой по степени и наиболее распространенной формой олигофрении (коэффициент интеллекта 50-69). При отсутствии осложняющих интеллектуальную недостаточность расстройств, а также при ранних и адекватных коррекционных мероприятиях социальный прогноз благоприятен.

Более тяжелой степенью олигофрении является имбецильность (коэффициент интеллекта 20-49). При имбецильности грубо нарушена способность к обобщенному мышлению и к образованию понятий.

Самая тяжелая степень олигофрении — идиотия (коэффициент интеллекта менее 20) — характеризуется грубым недоразвитием всех психических функций.

**Деменция** представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных и других психических функций, т. е. при деменции имеет место приобретенный после рождения интеллектуальный дефект.

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении может представлять большие сложности. При возникновении деменции у детей старше трех лет ее отграничение от олигофрении становится более четким.

Для разграничения этих форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что при деменции, в отличие от олигофрении, имеет место период нормального интеллектуального развития.

Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций.

При деменции может наблюдаться несоответствие между запасом знаний и крайне ограниченными возможностями их реализации.

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации. Кроме того, характерны личностные и эмоциональные расстройства: дети часто некритичны, расторможены, эмоции их примитивны.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то прежде всего теряется речь, пропадают начальные навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки — ходьба и другие.

Характерным признаком деменции является появление нецеленаправленного («полевого») поведения, а также общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, некритичность, иногда с преобладанием повышенного фона настроения. Таким образом, в отличие от олигофрении, при деменции имеет место диспропорция между степенью интеллектуальной недостаточности и нарушениями психической деятельности. Структура дефекта, в целом, отличается неравномерностью и мозаичностью.

При деменции чаще, чем при олигофрении, обнаруживаются локальные неврологические расстройства, изменения на ЭЭГ и отклонения, выявляемые с помощью других параклинических методов исследования. В соматическом статусе обычно отсутствуют дисплазии телосложения и врожденные пороки развития различных органов и систем.

В отличие от олигофрении, при которой имеет место положительная эволютивная динамика, при деменции может наблюдаться ухудшение состояния. Существуют также особые олигофреноподобные состояния.

За рубежом термины дебильность, имбецильность, идиотия используются лишь в узком профессиональном кругу специалистов-врачей. В широкой социальной и педагогической практике используется определение «труднообучаемые».

Согласно классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1994 г., умственная отсталость включает четыре степени снижения интеллекта: *легкую, умеренную, тяжелую и глубокую* в зависимости от количественной оценки интеллекта (IP).

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) даются лишь общие ориентиры для наиболее адекватной оценки уровня умственной отсталости — Р 7 (Ю.В. Попов, В.Д. Вид, 1997).

**Легкая степень расстройства (Р 70)** диагностируется при тестовых данных Тр в пределах 50—69, что в целом соответствует психическому развитию ребенка 9—12 лет.

**Умеренная степень (Р 71)** диагностируется при 1р в пределах 35-49 (6-9 лет).

**Тяжелая степень (Р 72)** при 1р — 20-34 (3-6 лет).

**Глубокая степень (Р 73)** при Ю ниже 20 (ребенок до 3 лет).

В МКБ-10 дается следующее определение умственной отсталости: «Умственная отсталость — это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности,

когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Определение интеллектуального уровня должно основываться на сей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение (с учетом культурных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам».

Согласно Американской ассоциации по изучению умственной отсталости, **умственная отсталость** — это существенные ограничения настоящего функционирования. Характеризуется значительно субнормальным интеллектуальным функционированием, сосуществующим одновременно со связанными ограничениями в двух или более прикладных областях адаптивных навыков: коммуникация; самообслуживание, социальные навыки; умение жить в микросоциуме; здоровье и безопасность; успеваемость, досуг и работа. Умственная отсталость проявляется в возрасте до 18 лет.

Американская школа изучения умственной отсталости берет начало с концепции количественной оценки интеллекта, основоположником которой считается А. Бине, и традиционно оперирует следующими категориями:

— общее интеллектуальное функционирование;

— субнормальное (значительно ниже нормы) интеллектуальное функционирование;

— адаптивное поведение (адаптивные навыки);

— возникновение умственной отсталости в период развития. Кроме того, для любого определения умственной отсталости методологически значимыми являются следующие положения:

1) определение умственной отсталости всегда строится на психологической, а не этиологической основе, хотя последняя тщательным образом разрабатывается и имеет большое значение;

2) при определении интеллектуального функционирования (не интеллекта) учитывается состояние индивида только на момент обследования, и данное состояние никак не связано с прогнозом;

3) для диагностики умственной отсталости необходимо соблюдение следующих условий:

— значительно субнормальное интеллектуальное функционирование должно сочетаться с нарушением адаптивного поведения (адаптивных навыков);

— нарушения интеллектуального функционирования и адаптивного поведения должны проявляться в период развития.

Общее интеллектуальное функционирование выявляется по результатам выполнения тестов на определение интеллектуальных способностей (!{ }).

Для выявления органических поражений мозга чаще всего используется Веп1ег — Се5\*аИ и Веп1Оп У15иа1 Ке\*еп1юп Тез\*.



Для оценки уровня интеллекта чаще всего используются адаптированные для детей версии тестов \УесВ8!ег Іп!е!І\$еепз 8cale и 8!апGор1 — Вте! К), которые в сочетании с оценкой социальной компетенции дают достаточно надежную картину интеллектуального развития.

Тестом, рекомендованным МКБ-10 для оценки уровня социального приспособления, является Ушелапс! Аёарйуе Веёауог 8cale (5рагогоу 8.8., ВеПаО.А. СлссёеШ О.У., Утелапс! АйарНуе Веёауог 8cale8, С!ге!е Ртев М.М, Ателкап Сшйапсе 8егу!се, 1984), дающий многомерную картину адаптации в пяти сферах:

- общение,
- навыки повседневной жизни,
- социализация,
- моторика,
- дезадаптивное поведение.

Данные получают в ходе полуструктурированного интервью с родителями или заменяющими их лицами.

Тест опирается на средние уровни социального функционирования, установленные для лиц с разной степенью отставания умственного развития в возрасте от младенчества до 18 лет.

Условные разграничения по степеням тяжести расстройства опираются прежде всего на уровни достигаемого больными социального приспособления.

При адекватной и ранней медико-психолого-педагогической реабилитации у 2/3 больных удается снять диагноз во взрослом возрасте по мере общего повышения уровня социальной адаптации.

Неблагоприятными проявлениями в младенческом возрасте в плане дальнейшего умственного развития считается *сочетание заторможенности с общей гипотонией и повышенной реакцией на внешние раздражители*.

У более старших детей симптомами неблагоприятного дальнейшего психического развития являются *гиперактивность, повышенная отвлекаемость и слабость нервных адаптационных механизмов*.

**При легкой степени расстройства (дебильности)** при отсутствии осложнений дети в дошкольном возрасте, находящиеся в благоприятной ситуации развития, при адекватном коррекционном обучении и воспитании достигают достаточно высокого уровня социальной адаптации.

В дальнейшем они могут справиться с посильной работой, не требующей навыков абстрактного мышления, инициативы и самостоятельности. Лишь в стрессовых ситуациях они нуждаются в

наблюдении и руководстве (периодическая поддержка). Создание собственной семьи и социальный репертуар несколько ограничен.

Эти люди дееспособны, поэтому общество признает их способными отвечать за свои поступки перед законом, нести воинскую повинность, наследовать имущество, участвовать в выборах в органы местного и федерального управления и т. д.

**При умеренной степени (легкая имбецильность)** заметное отставание социального интеллекта делает необходимым постоянное ограниченное наблюдение и руководство. Возможно усвоение социальных и ручных навыков, самостоятельные покупки, поездки по знакомым местам.

В дальнейшем эти люди могут устойчиво справляться с неквалифицированным или несложным трудом в социальных условиях.

**При тяжелой форме (имбецильность)** только в подростковом возрасте при систематическом обучении оказывается возможным ограниченное речевое и невербальное общение, освоение элементарных навыков обслуживания.

В дальнейшем при постоянном наблюдении и контроле (расширенная помощь) возможно достижение автономного существования на резко сниженном уровне.

**При глубокой умственной отсталости (идиотии)** в некоторых случаях при систематической помощи и тренировке удается добиться развития резко ограниченных навыков самообслуживания лишь в подростковом возрасте, что делает необходимым постоянный уход (глубокая форма поддержки).

В России лица этой категории в основном находятся в учреждениях Министерства социальной защиты, где за ними обеспечивается уход.

### 3.2. Задержка психического развития

Особенностью задержки психического развития (ЗПР) является качественно иная структура интеллектуальной недостаточности по сравнению с умственной отсталостью. Психическое развитие отличается неравномерностью нарушений различных психических Функций; при этом логическое мышление может быть более сохранным по сравнению с памятью, вниманием, умственной работоспособностью.

Кроме того, в отличие от олигофрении, у детей с задержкой психического развития отсутствует инертность психических процессов; они способны не только принимать и использовать по-<sup>ощь</sup>, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельно-

сти в другие ситуации. С помощью взрослого они могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне. Этим они качественно отличаются от детей с умственной отсталостью.

Задержка психического развития является одной из наиболее частых форм нарушений психического онтогенеза. В популяции учащихся младших классов число таких детей колеблется от 5 до 11%.

Характерными признаками задержки психического развития являются: ограниченный, не соответствующий возрасту ребенка запас знаний и представлений об окружающем мире, низкий уровень познавательной активности, недостаточная регуляция произвольной деятельности и поведения, более низкая способность, по сравнению с нормально развивающимися детьми того же возраста, к приему и переработке перцептивной информации. Кроме того, у большинства детей с задержкой психического развития отмечается недостаточная сформированность функций произвольного внимания, памяти и других высших психических функций. У одной группы детей с задержкой психического развития преобладает интеллектуальная недостаточность, у другой — эмоционально-волевые нарушения по типу психического инфантилизма.

Задержка психического развития в большинстве случаев связана с так называемой минимальной мозговой дисфункцией. Отклонения со стороны нервной системы у этих детей проявляются уже с первых месяцев жизни и отличаются большим разнообразием.

Кроме того, в дошкольном возрасте у них чаще, чем у нормально развивающихся сверстников, наблюдается перекрестная или невыраженная латеральность.

Характерным признаком детей с задержкой психического развития является недостаточность развития тонкой моторики.

При ЗПР часто наблюдается отставание в развитии речи, а также достаточно стойкие фонетико-фонематические нарушения и расстройства артикуляции.

Характерной особенностью у большинства детей с задержкой психического развития является выраженное нарушение функции активного внимания.

Одной из часто встречающихся особенностей нарушений внимания у детей с задержкой психического развития является его недостаточная концентрация на существенных признаках. В этих случаях при отсутствии соответствующей коррекционной работы может отмечаться отставание в развитии мыслительных операций.

Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности, повышенной аффективной возбудимости, т. е.

етей с гиперактивным поведением. Эти дети, как правило, испытывают наибольшие затруднения в усвоении навыков чтения и письма.

Для многих детей с задержкой психического развития характерна своеобразная структура памяти. Это проявляется иногда в большей продуктивности непроизвольного запоминания.

Недостаточность произвольной памяти у детей с ЗПР в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля. Этими же факторами объясняются характерные нарушения поведения у данной категории детей.

Категория детей с задержкой психического развития крайне неоднородна. У одних из них на первый план выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик и произвольной регуляции поведения. Это дети с различными формами инфантилизма. Наиболее отчетливо инфантилизм проявляется к концу дошкольного и в начале школьного возраста. У этих детей задержано формирование личностной готовности к обучению.

При других формах задержки психического развития преобладает задержанное развитие различных сторон познавательной деятельности.

Психологические аспекты классификации ЗПР рассматривались в статье Л.И. Переслени и Е.М. Мастюковой.<sup>1</sup>

На основе неврологического анализа у детей раннего возраста мы предлагаем выделять два типа задержки психического развития. Первый тип — доброкачественная, или неспецифическая, задержка, которая не связана с повреждением мозга и с возрастом компенсируется при благоприятных условиях внешней среды даже без каких-либо специальных терапевтических мероприятий. Доброкачественная, неспецифическая задержка обусловлена замедленным темпом созревания мозговых структур и их функций при отсутствии органических изменений в ЦНС.

От доброкачественной, неспецифической задержки развития мы предлагаем отличать специфическую, или церебрально-органическую, задержку развития, связанную с повреждением мозговых структур и их функций.

Исходя из такого определения специфической и неспецифической задержки возрастного развития, можно заключить, что даже

<sup>1</sup> Переслени Л.И., Мастюкова Е.М. Задержка психического развития. Вопросы дифференциальной диагностики // Вопросы диагностики. 1989. № 1.

общие внешние факторы в одних случаях вызывают лишь некоторую задержку темпа становления возрастных функций, в других — приводят к дисфункции мозга, которая наряду с задержкой развития проявляется различными неврологическими и психоневрологическими нарушениями, чаще всего в виде того или иного более или менее обозначенного клинического синдрома.

С практической точки зрения, дифференциация специфической и неспецифической задержки развития, т. е., по существу, патологической и непатологической задержки, чрезвычайно важна в плане определения интенсивности и методов стимуляции возрастного развития, прогноза эффективности лечения, обучения и социальной адаптации.

Доброкачественная, неспецифическая задержка развития проявляется в некотором запаздывании становления двигательных и (или) психических функций, которое может выявиться на любом возрастном этапе, относительно быстро компенсируется и не сочетается с патологическими неврологическими и (или) психопатологическими симптомами.

Неспецифическая задержка развития легко поддается коррекции путем ранней стимуляции психомоторного развития.

Она может проявляться как в виде общего, тотального отставания в развитии, так и в виде частичных (парциальных) задержек в становлении тех или иных нервно-психических функций, особенно часто это относится к отставанию в развитии речи.

Отставание в становлении тех или иных психомоторных функций специфично для каждого возрастного этапа развития. Так, в период новорожденности у такого ребенка длительное время не формируется четкий условный рефлекс на время. Такой малыш не просыпается, когда он голодный или мокрый, и не засыпает, когда сытый и сухой, все безусловные рефлексы у него ослаблены и вызываются после длительного латентного периода. У него ослаблена или не проявляется вовсе одна из главных сенсорных реакций этого возраста — зрительная фиксация или слуховое сосредоточение. Вместе с тем, в отличие от детей с поражением ЦНС, у него не проявляются признаки дизэмбриогенеза — пороки развития, в том числе и выраженные в минимальной степени. У него нет также нарушений крика, сосания, асимметрии мышечного тонуса.

В возрасте 1—3 месяцев у него может проявляться некоторое отставание темпа возрастного развития, отсутствие или слабо выраженная тенденция к удлинению периода активного бодрствования, улыбка при общении со взрослым отсутствует или проявляется непостоянно, зрительное и слуховое сосредоточения кратко-

енны гуление отсутствует или наблюдаются лишь отдельные <sup>В</sup>ла не звуки. Прогресс в его развитии начинает отчетливо намечаться к 3 месяцам жизни. К этому возрасту он начинает улыбаться и проследить за движущимся предметом. Однако все эти функции могут проявляться непостоянно и отличаются быстрой истощаемостью.

На всех последующих этапах развития доброкачественная задержка проявляется в том, что ребенок в своем развитии проходит стадии, более характерные для предыдущего этапа. Однако задержка развития может проявиться на каждом возрастном этапе впервые. Так, ребенок 6 месяцев с этой формой задержки развития не дает дифференцированной реакции на знакомых и незнакомых, у него также может быть задержано развитие лепета, а ребенок в 9 месяцев может проявлять недостаточную активность в общении со взрослыми, он не подражает жестам, у него слабо развит игровой контакт, лепет отсутствует или слабо выражен, не проявляется интонационно-мелодическая имитация фразы, он может с трудом захватывать или не захватывать вовсе мелкие предметы двумя пальцами или недостаточно четко реагировать на словесную инструкцию. Замедленный темп моторного развития проявляется в том, что он может сидеть, но не садится самостоятельно, а если он сидит, то не делает попыток встать и т. п.

Доброкачественная задержка развития в возрасте 11—12 месяцев проявляется чаще всего в отсутствии первых лепетных слов, слабой интонационной выразительности голосовых реакций и первых лепетных слов, нечеткости их соотнесения с предметом или действием. Задержка в моторном развитии проявляется в том, что ребенок стоит с поддержкой, но не ходит. Отставание в психическом развитии характеризуется слабостью повторных действий и подражательных игр, ребенок недостаточно уверенно манипулирует двумя руками, недостаточно захватывает предметы двумя пальцами.

Неспецифическая задержка развития в первые три года жизни чаще всего проявляется в виде отставания в развитии речи, недостаточности игровой деятельности, отставанием в развитии функции активного внимания, регулирующей функции речи (поведение ребенка слабо управляется инструкцией взрослого), недостаточной дифференцированностью эмоциональных проявлений, а также в <sup>В</sup>иде общей психомоторной расторможенности. Она может проявляться также отставанием в развитии моторных функций. При <sup>В</sup>иде общей психомоторной расторможенности. Она может проявляться также отставанием в развитии моторных функций. При том в первые месяцы жизни отстает темп нормализации мышеч-<sup>то</sup>уса, угасания безусловных рефлексов, становления вы-<sup>тон</sup>ряжающих реакций и реакций равновесия, сенсорно-моторной

координации, произвольной двигательной активности и особенно тонких дифференцированных движений пальцев рук.

Доброкачественная неспецифическая задержка развития может быть семейным признаком, она часто наблюдается у соматически ослабленных и недоношенных детей. Она также может иметь место при недостаточности раннего педагогического воздействия.

Специфическая, или церебрально-органическая, задержка развития связана с изменениями структурной или функциональной деятельности мозга. Ее причиной могут быть нарушения внутриутробного развития мозга, гипоксия плода и асфиксия новорожденного, внутриутробные и постнатальные инфекционные и токсические воздействия, травмы, нарушения обмена веществ и другие факторы.

Наряду с тяжелыми заболеваниями нервной системы, обуславливающими задержку в развитии, у большинства детей отмечаются нерезко выраженные неврологические нарушения, которые выявляются лишь при специальном неврологическом обследовании. Это так называемые признаки минимальной мозговой дисфункции, которые обычно имеют место у детей с церебрально-органической задержкой психического развития.

У многих детей с этой формой задержки психического развития уже в первые годы жизни обнаруживается двигательная расторможенность—гиперактивное поведение. Они крайне неусидчивы, постоянно находятся в движении, вся их деятельность нецеленаправленна, ни одно начатое дело они не могут довести до конца. Появление такого ребенка всегда вносит беспокойство, он бежит, суетится, ломает игрушки. Многие из них также отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, драчливостью, агрессивностью, импульсивным поведением. Большинство детей не способны к игровой деятельности, они не умеют ограничивать свои желания, бурно реагируют на все запреты, отличаются упрямством.

Для многих детей характерна моторная неловкость, у них слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук. Поэтому они с трудом овладевают навыками самообслуживания, долго не могут научиться застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки.

Таким образом, дети с задержкой психического развития — это очень полиморфная группа. У некоторых из них отставание в развитии, в первую очередь, связано с незрелостью эмоционально-волевой сферы. Это дети с инфантилизмом. Они достаточно изобретательны и неутомимы в игре, им свойственна живость воображения, фантазия, непоседливость, изобретательность с преобладанием положительных эмоций и хорошего настроения. Вместе с

у них слабо развиты интеллектуальные интересы, отмечается недостаточная устойчивость активного внимания и регуляции собственной деятельности. Для этих детей характерна повышенная живость и выраженный интерес к окружающему. Вместе с тем имеет место отставание в созревании компонентов формирующейся личности, задержка в созревании абстрактно-логического мышления с преобладанием конкретно-действенного и наглядно-образного.

Особенности психической деятельности детей с задержкой развития обусловлены несформированностью у них интегративной деятельности мозга. Известно, что интегративность — взаимодействие различных функциональных систем — является основой нормального психического развития ребенка.

В связи с недостаточностью интегративной деятельности мозга дети с задержкой психического развития затрудняются в узнавании непривычно представленных предметов (перевернутые или недорисованные изображения, схематичные и контурные рисунки); им трудно соединить отдельные детали рисунков в единый смысловой образ.

Эти специфические нарушения восприятия у детей с задержкой развития определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире.

Недостаточность интегративной деятельности мозга у детей с задержкой психического развития проявляется и в так называемых сенсомоторных нарушениях, что находит свое выражение в рисунках детей. При рисовании по образцу геометрических фигур они не могут передать форму и пропорции, неправильно изображают углы, линии и их соединения.

При выполнении задания: нарисовать фигуру человека, дети старшего дошкольного возраста допускают много ошибок. На их рисунках заметна диспропорция частей тела, некоторые важные детали изображены примитивно или вовсе отсутствуют.

Таким образом, одной из основных особенностей детей с задержкой психического развития является недостаточность образования связей между отдельными перцептивными и двигательными функциями. Так, ребенок может затрудняться в оценке идентичности форм предметов, воспринимаемых им с помощью осязания и зрения. Он также испытывает затруднения при воспроизведении ритма, воспринимаемого на слух.

Одной из характерных особенностей детей с задержкой в развитии является отставание в развитии у них пространственных представлений, недостаточная ориентировка в частях собственного тела.

Кроме того, в дошкольном возрасте у них нередко наблюдается перекрестная или невыраженная латеральность. По мнению некоторых авторов, среди этих детей отмечается некоторое преобладание леворуких и детей с невыраженной латеральностью.

Характерным признаком детей с ЗПР является недостаточность у них тонкой моторики.

При ЗПР часто наблюдается отставание в развитии речи, также достаточно стойкие фонетико-фонематические нарушения и расстройства артикуляции. В артикуляционной моторике имеет место недостаточность тонких и дифференцированных движений. Некоторые дети затрудняются в восприятии на слух сходных по звучанию фонем, в результате чего недостаточно хорошо понимают обращенную к ним речь.

Характерной особенностью детей с ЗПР является выраженное нарушение у большинства из них функции активного внимания. Рассеянность внимания, усиливающаяся по мере выполнения задания, свидетельствует о повышенной психической истощаемости ребенка.

Кроме того, для многих детей характерен ограниченный объем внимания, его фрагментарность, когда ребенок в определенной обстановке воспринимает лишь отдельные части предъявляемой ему информации. Эти нарушения внимания могут задерживать процесс формирования понятий.

Одной из частых особенностей нарушений функции внимания у детей с задержкой психического развития является его недостаточная концентрация на существенных признаках. В этих случаях при отсутствии соответствующей коррекционной работы может отмечаться недоразвитие отдельных мыслительных операций.

Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности, повышенной аффективной возбудимости, т. е. у детей с гиперактивным поведением. При гиперактивном поведении отмечаются общее двигательное беспокойство, неусидчивость, недостаточная целенаправленность, импульсивность.

Для многих детей с ЗПР характерна своеобразная недостаточность памяти. Она проявляется, прежде всего, в недостаточности активного, произвольного запоминания.

Недостаточность произвольной памяти у детей с ЗПР в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля.

Дети с задержкой развития отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью. Они с трудом приспосабливаются к

коМу коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Кооме того, у многих из них к началу школьного обучения место несформированность многих высших психических функций, таких как пространственный и предметный гнозис, праксис, фонематический анализ, динамический и кинестетический оа'ксис, а также функции программирования на смысловом уровне и мнестической деятельности.

В специальных исследованиях детей с ЗПР также показано значительное отставание развития общения таких детей со взрослыми.

### **3.3. Особенности познавательной деятельности у детей с тяжелыми речевыми расстройствами**

Эта категория детей достаточно полиморфна, но общей их особенностью является стойкое системное недоразвитие речи, которое определяет часто неготовность этих детей к обучению в условиях массовой школы.

Речевые нарушения проявляются в недостаточности развития всех сторон речи, фонетико-фонематической, лексико-грамматической и особенно связной речи. Недостаточная сформированность устной речи сочетается с недоразвитием фонематического анализа, в связи с чем дети испытывают выраженные трудности в усвоении навыков чтения и письма.

Недоразвитие речи обычно сочетается с неврологической и психопатологической симптоматикой. Неврологическая симптоматика свидетельствует не только о задержке созревания центральной нервной системы, но и о негрубом повреждении отдельных мозговых структур, т. е. наиболее часто имеет место дизонтогенетически-энцефалопатический симптомокомплекс нарушений. Среди характерных нервно-психических нарушений наибольшее значение имеет гипертонзионно-гидроцефальный синдром — синдром повышенного внутричерепного давления, который проявляется в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения детей, а также в быстрой истощаемости и пресыщаемости любым видом деятельности, повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности. Дети плохо переносят жару, духоту, езду на транспорте, иногда жалуются на головные боли и головокружения.

Кроме того, для многих из них характерен церебрastenический синдром, который проявляется в виде повышенной нервно-психи-

ческой истощаемости, эмоциональной неустойчивости, в виде нарушений функций активного внимания и памяти.

В одних случаях синдром сочетается с проявлениями гиперактивности — признаками общего эмоционального и двигательного беспокойства; в других — с проявлениями заторможенности, вялости, пассивности.

У многих детей с тяжелыми нарушениями речи при неврологическом обследовании выявляются различные, обычно нерезко выраженные двигательные нарушения. Они характеризуются изменениями мышечного тонуса, легкими теми- и монопарезами, нарушениями равновесия и координации движений, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса. Часто у этих детей выявляются нарушения артикуляционной моторики в виде легких парезов, тремора и насильственных движений языка, обуславливающие проявления стертой дизартрии.

Могут наблюдаться также неврозоподобные синдромы в виде тиков мышц лица, преходящего или более стойкого энуреза, а также субклинические эпилептические проявления (судорожные реакции на высоте температуры, вязкость и инертность эмоциональных реакций и поведения, характерные изменения на ЭЭГ).

Клинические и психолого-педагогические обследования детей с тяжелыми нарушениями речи выявляют нередко у многих из них характерные нарушения познавательной деятельности, обусловленные как самим речевым дефектом, так и низкой умственной работоспособностью.

Исследование высших психических функций этих детей показывает нередко локальную недостаточность отдельных видов гнозиса, праксиса. Так, специфические затруднения в копировании геометрических фигур (при выполнении теста Бендера и других заданий), в рисовании могут указывать на несформированность зрительно-пространственного гнозиса.

Многие дети с тяжелым недоразвитием речи отличаются незрелостью эмоционально-волевой сферы, низкой умственной работоспособностью, эмоциональной лабильностью, иногда — двигательной расторможенностью, повышенной аффективной возбудимостью.

При обследовании детей дошкольного возраста с нарушениями речи особенно важно выделить тех, у которых речевые расстройства сочетаются с выраженными нарушениями внимания и гиперактивным поведением, так как они составляют группу риска по дислексии и дисграфии, т. е. в школьном возрасте у них могут про-

виться специфические стойкие затруднения при обучении их чтению и письму.

В настоящее время в развитых странах мира продуктивно разрабатывается биологическая концепция нарушений внимания, гиперактивного поведения и специфических трудностей в усвоении чтения и письма. Особое внимание обращается на выявление детей группы риска по специфическим нарушениям письменной речи.

В 1987 г. Американская психиатрическая ассоциация определила критерии ранней диагностики нарушений внимания и гиперактивного поведения у детей:

- излишняя двигательная активность: ребенок производит множество движений ногами, руками или вертится на месте;

- не может длительное время сидеть спокойно по инструкции взрослого;

- легко выводится из равновесия внешними стимулами;

- нетерпелив и легко возбудим в играх со сверстниками, испытывает трудности, ожидая свою очередь в игре;

- часто начинает отвечать на вопросы, не дослушав их до конца;

- с трудом подчиняется инструкциям, но негативизм при этом отсутствует;

- с трудом сохраняет внимание при выполнении игровых заданий;

- «не умеет» играть и говорить тихо;

- часто прерывает других или вторгается в игры других детей.

Среди причин, обуславливающих нарушения внимания, трудности поведения, а с началом обучения и проявления дислексии и дисграфии, большое место отводится как остаточным проявлениям органического поражения ЦНС — легкой мозговой дисфункции (ЛМД), так и генетическим факторам<sup>1</sup>. Описаны семейные формы дислексии. Высказывается гипотеза аутосомно-доминантного наследования. Вместе с тем в этой проблеме имеется еще много нерешенных вопросов. Нет достаточно убедительных объяснений преобладания дислексии среди лиц мужского пола, а также ее связи с леворукостью и аутоиммунными заболеваниями. Вместе с тем известно, что мальчики достоверно чаще испытывают трудности в обучении, чем девочки, и у них чаще имеют место проявления

*Мастюкова Е.М., Московских А.Г. Воспитание в семье ребенка с нарушением внимания и гиперактивным поведением // Практический и методический журнал - Воспитание и обучение детей с нарушениями развития.*

дислексии. Некоторые авторы объясняют это гормональными факторами и более частыми перинатальными повреждениями у мальчиков.

В настоящее время изучение причин дислексии проводится во взаимосвязи с нарушениями внимания и гиперактивного поведения. При этом особенно подчеркивается роль ранней диагностики с предсказанием трудностей чтения. Разрабатываются специальные методики, имеющие целью предупреждение специфических трудностей при обучении ребенка чтению и письму. В зарубежных методиках при этом особенно большое внимание отводится специальной педагогической работе над пониманием текста и прогнозу специфики последующих трудностей в обучении чтению. Показано, что у детей «группы риска по дислексии» задержано фонологическое осознание речевого материала по сравнению с контрольной группой.

В отечественной логопедии осуществлялся комплексный подход к предупреждению, диагностике и коррекции дислексии.

Основными психологическими механизмами нарушения чтения являются следующие:

— несформированность зрительного анализа и синтеза;

ч

- недостаточность пространственных представлений;
- нарушения фонематического восприятия;
- нарушения фонематического анализа и синтеза;
- недоразвитие лексико-грамматического строя речи.

Отечественными авторами (Р.И. Лалаева) разрабатывается психолингвистический аспект изучения дислексии. Во всех случаях степень и вид нарушений чтения и письма соотносятся с состоянием устной речи ребенка. Большое место отводится профилактике нарушений чтения и письма, особенно у детей с речевыми нарушениями, с задержкой психического развития, умственной отсталостью, с церебральным параличом. С этой целью проводится работа по развитию зрительно-пространственных функций, памяти, внимания, языкового анализа и синтеза, лексико-грамматической стороны речи.

Особо большое внимание уделяется формированию фонематического анализа и синтеза. Эта работа проводится с учетом последовательности формирования звукового анализа в онтогенезе.

Большое место в коррекционной работе по предупреждению оптической дислексии и дисграфии уделяется специальным упражнениям над уточнением и дифференциацией оптических образов букв.

При изучении механизмов нарушений письменной речи большое внимание уделяется проблеме межполушарной организации

хических процессов. Известно, что письменная речь базируется на межполушарном взаимодействии. Поэтому у детей-левшей чаще могут наблюдаться специфические трудности в усвоении письменной речи, что необходимо учитывать при подготовке их к обучению.

На начальных этапах овладения письменной речью у детей-левшей нередко стойко проявляется «зеркальность», что необходимо учитывать в коррекционной работе с ними. Кроме того, для этих детей характерен целый спектр и других нервно-психических особенностей, а также атипичных вариантов психического онтогенеза, что может осложнять их адаптацию к учебной деятельности. Это необходимо учитывать при подготовке их к обучению и особенно к усвоению навыков чтения, письма и счета.

### **3.4. Особенности познавательной деятельности у детей с церебральными параличами**

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за произвольными движениями.

При ДЦП имеет место раннее, обычно внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Причины этих нарушений могут быть разными: это различные хронические заболевания будущей матери, а также перенесенные ею инфекционные, особенно вирусные заболевания, интоксикации, несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др. Предрасполагающими факторами могут быть недоношенность или перекосность плода.

В некоторых случаях причиной ДЦП может быть акушерский травматизм, а также затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки плода, что приводит к повреждению нервных клеток головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода. Иногда ДЦП возникает после рождения в результате инфекционных болезней, осложняющихся энцефалитом (воспалением мозгового вещества), после тяжелых ушибов головы.

ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием.

При дифференциальном диагнозе ДЦП с различными двигательными расстройствами прежде всего следует учитывать данные анамнеза. В анамнезе детей, страдающих церебральным параличом, часто имеются указания на патологическое протекание бере-



менности у матери и родовую травму с применением акушерских методов родовспоможения. Ребенок обычно рождается в асфиксии, часто с признаками внутричерепной травмы: оценка по шкале Апгар низкая — 2-6 баллов, при оптимальной 9-10 баллов.

В период новорожденности у детей с ДЦП часто отмечается общее беспокойство, тремор (дрожание ручек, подбородка), повышение или, напротив, резкое снижение мышечного тонуса, иногда отмечаются увеличение размеров головы, повышение сухожильных рефлексов, отсутствие или слабость крика, нарушения сосания за счет слабости сосательного рефлекса, нередко имеют место судороги.

Уже в первые месяцы жизни проявляется отставание психомоторного развития, которое сочетается с запаздыванием в угасании безусловно рефлекторных двигательных автоматизмов, среди которых наибольшее значение имеют так называемые *позотонические рефлексы*. При нормальном развитии к 3 месяцам жизни эти рефлексы уже не проявляются, что создает благоприятные условия для развития произвольных движений. Сохранение даже отдельных элементов этих рефлексов после 3-4 месяцев жизни является симптомом риска или признаком поражения ЦНС.

Среди рефлексов, неблагоприятно влияющих на развитие моторики, наибольшее значение имеют следующие.

Лабиринтный тонический рефлекс, который проявляется при изменении положения головы ребенка в пространстве. Так, в положении на спине при выраженности этого рефлекса нарастает тонус мышц-разгибателей. Это определяет характерную позу ребенка на спине: голова запрокинута назад, бедра приведены, повернуты внутрь, при тяжелых формах ДЦП — перекрещены; руки разогнуты в локтевых суставах, ладони повернуты вниз, пальцы сжаты в кулаки.

При выраженности лабиринтного тонического рефлекса в положении на спине ребенок не поднимает голову или делает это с большим трудом. Он не может вытянуть руки вперед и взять предмет, подтянуться и сесть, поднести руку или ложку ко рту. Это препятствует развитию навыков сидения, стояния, ходьбы, самообслуживания, произвольного захвата предмета под контролем зрения.

В положении ребенка на животе влияние этого рефлекса проявляется в повышении тонуса мышц-сгибателей, что определяет характерную позу: голова и спина сгибаются, плечи вытягиваются вперед и вниз, руки согнуты под грудной клеткой, кисти сжаты в кулаки, бедра и голени приведены и согнуты, тазовый отдел туловища приподнят. Такая вынужденная поза тормозит развитие про-

вольных движений: лежа на животе, ребенок не может поднять олову, повернуть ее в сторону, вытянуть руки для опоры, встать на колени, принять вертикальное положение, повернуться с живота на спину.

Отставание моторного развития и нарушения произвольных движений составляют структуру ведущего дефекта и связаны с поражением двигательных зон и приводящих путей головного мозга.

В зависимости от тяжести поражения может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. При этом страдают, в первую очередь, наиболее тонкие дифференцированные движения: поворот ладоней и предплечий вверх (супинация), дифференцированные движения пальцев рук. Ограничение произвольных движений при ДЦП всегда сочетается со снижением мышечной силы.

Ограниченность или невозможность произвольных движений задерживает развитие статических и локомоторных функций.

У детей с церебральным параличом нарушена возрастная последовательность формирования двигательных навыков. Моторное развитие у детей с церебральным параличом не просто задержано в темпе, а качественно нарушено на каждом возрастном этапе.

Имеется несколько форм детского церебрального паралича в зависимости от повреждения определенных систем мозга.

Кроме двигательных и речевых нарушений, структура дефекта при церебральном параличе включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Они могут быть связаны как с первичным поражением мозга, так и с задержкой его постнатального созревания. Большая роль в отклонениях психического развития детей с церебральным параличом принадлежит двигательным, речевым и сенсорным нарушениям. Так, глазодвигательные нарушения, недоразвитие и задержка формирования важнейших двигательных функций (удержание головы, сидение и т. п.) способствуют ограничению полей зрения, что, в свою очередь, обедняет процесс восприятия окружающего, приводит к недостаточности произвольного внимания, пространственного восприятия и познавательных процессов.

Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность. Последнее обуславливает недостаточное развитие предметного восприятия. Двигательная недостаточность затрудняет манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь, отчетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации и речи препятствует развитию познавательной деятельности.

Отклонения в психическом развитии у детей с церебральным параличом в большой степени обусловлены недостаточностью практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружающими и невозможностью полноценной игровой деятельности. Двигательные нарушения и ограниченность практического опыта могут быть одной из причин недостаточности высших корковых функций и, в первую очередь, несформированности пространственных представлений. Большую роль в нарушениях познавательной деятельности у детей с церебральным параличом играют и речевые расстройства.

Особенности психических отклонений в большой мере зависят от локализации мозгового поражения.

Нарушения умственной работоспособности у детей с церебральными параличами проявляются в виде синдрома раздражительной слабости. Этот синдром включает два основных компонента: с одной стороны, это повышенная истощаемость психических процессов, утомляемость, с другой — чрезвычайная раздражительность, плаксивость, капризность. Иногда при этом наблюдаются более стойкие дистимические изменения настроения (пониженный фон настроения с оттенком недовольства). Дети с церебральным параличом стойко психически истощаемы, недостаточно работоспособны, не способны к длительному интеллектуальному напряжению.

Синдром раздражительной слабости обычно сочетается у этих детей с повышенной чувствительностью к различным внешним раздражителям (громким звукам, яркому свету, различным прикосновениям и т. п.)

Определенная роль в утяжелении указанных нарушений принадлежит социальным факторам, в частности воспитанию по типу гиперопеки. В результате может произойти недоразвитие мотивационной основы психической деятельности. В этих случаях более четко проявляется астенодинамический синдром. Дети с этим синдромом вялые, заторможенные. Они малоактивны при выполнении любых видов деятельности, с трудом начинают выполнять задания, двигаться, говорить. Их мыслительные процессы крайне замедленны.

Астенодинамический синдром по большей части отмечается у детей со спастической диплегией (поражение нижних и верхних конечностей, с отчетливым преобладанием поражения ног), а также при атонически-астатической форме церебрального паралича (на фоне низкого мышечного тонуса отмечаются отчетливые нарушения координации и равновесия).

При гиперкинетической форме, когда у ребенка в первую очередь наблюдаются произвольные движения — гиперкинезы,

часто наблюдается астеногипердинамический синдром с проявлениями двигательного беспокойства, повышенной раздражительностью и суетливостью.

Церебрастенические синдромы наиболее отчетливо начинают проявляться в старшем дошкольном возрасте, когда с ребенком начинаются систематические педагогические занятия. Резко проявляется недостаточность внимания, памяти и других корковых функций. Кроме того, более четкими становятся специфические особенности мыслительной деятельности.

Нарушения мыслительной деятельности проявляются в задержанном формировании понятийного, абстрактного мышления. Несмотря на то, что у многих детей к началу обучения может быть формально достаточный словарный запас, наблюдается задержанное формирование слова как понятия, имеет место ограниченное, часто сугубо индивидуальное, иногда искаженное понимание значения отдельных слов. Это связано, в первую очередь, с ограниченным практическим опытом ребенка. Можно предполагать, что обобщающие понятия, сформированные вне практической деятельности, не способствуют в должной мере развитию интеллекта, общей стратегии познания.

Особенности мышления у детей с церебральным параличом наиболее четко обнаруживаются при выполнении заданий, требующих симультанного характера интеллектуальных процессов, т. е. целостной интеллектуальной операции, основанной на взаимодействии анализаторных систем.

У детей с церебральным параличом обычно отмечаются не только малый запас знаний и представлений за счет бедности их практического опыта, но и специфические трудности переработки информации, получаемой в процессе предметно-практической деятельности.

Эти специфические особенности мышления часто сочетаются с нарушенной динамикой мыслительных процессов. Наиболее часто наблюдается замедленность мышления, некоторая его инертность. У отдельных детей отмечается недостаточная последовательность и Целенаправленность мышления, иногда со склонностью к резонерству и побочным ассоциациям. Замедленность мышления обычно сочетается с выраженностью церебрастенического синдрома.

Во всех случаях наблюдается взаимосвязь нарушений мышления и речевой деятельности.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную категорию: одни имеют нормальный интеллект, у многих наблюдается своеобразная задержка психического развития, у некоторых имеет место олигофрения.

Для детей с церебральным параличом также характерны нарушения формирования высших корковых функций. Наиболее часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать и писать.

Недостаточность высших корковых функций может проявляться также в задержке формирования пространственных и временных представлений, фонематического анализа и синтеза, стерео-гноза (узнавание предметов на ощупь).

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные эмоциональные и речевые расстройства. Эмоциональные расстройства проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, повышенной чувствительности к обычным раздражителям окружающей среды, склонности к колебаниям настроения. Повышенная эмоциональная лабильность сочетается с инертностью эмоциональных реакций.

Повышенная эмоциональная возбудимость может сочетаться с радостным, приподнятым, благодушным настроением (эйфория), со снижением критики. Нередко эта возбудимость сопровождается страхами, особенно характерен страх высоты. Также повышенная эмоциональная возбудимость может сочетаться с нарушениями поведения в виде двигательной расторможенности, аффективных взрывов, иногда с агрессивными проявлениями, с реакциями протеста по отношению к взрослым. Все эти проявления усиливаются при утомлении, в новой для ребенка обстановке и могут быть одной из причин школьной и социальной дезадаптации. При чрезмерной физической и интеллектуальной нагрузке, ошибках воспитания эти реакции закрепляются и возникает угроза формирования патологического характера.

Специфические нарушения деятельности и общения при детском церебральном параличе могут способствовать своеобразному формированию личности.

Наиболее часто наблюдается диспропорциональный вариант развития личности. Это проявляется в том, что достаточное интеллектуальное развитие сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в эгоцентризме, наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Причем с возрастом эта диссоциация обычно увеличивается. У ребенка легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности; так, ребенок даже с сохранной ручной деятельностью долго не осваивает навыки самообслуживания.

При нарушениях интеллекта особенности развития личности таковы с низким познавательным интересом, недостаточной критичностью.

Особенности психического развития детей с церебральным параличом во взаимоотношениях со спецификой речевых расстройств должны учитываться при подготовке их к обучению. Для развития речи и мышления детей с церебральным параличом важное значение имеет расширение их кругозора, обогащение их жизненного опыта. Работа по развитию речи проводится поэтапно в тесной взаимосвязи с развитием моторики и коррекцией двигательных нарушений.

### **3.5. Дети с нарушениями слуха, зрения, ранним детским аутизмом**

Психическое развитие детей с врожденными нарушениями слуха отличается рядом характерных особенностей. В первые месяцы жизни у них отсутствует или слабо выражен врожденный рефлекс на резкие звуки, который в норме проявляется во вздрагивании и зажмуривании глаз. При плаче ребенок не замолкает на голос взрослого, как это делает нормально слышащий малыш. В дальнейшем у детей с нарушениями слуха не формируются сочетательные рефлексы на звуковые стимулы.

При отсутствии специальных занятий у детей с нарушениями слуха обычно наблюдается отставание в психическом развитии, у них задерживается формирование предметных действий, сюжетной игры, функции активного внимания, что в дальнейшем затрудняет проведение с ними специальной сурдологической работы. Поэтому очень важно раннее начало сурдологической работы с этими детьми.

Многие дети с нарушениями слуха отличаются характерными особенностями поведения в виде повышенной психической истощаемости<sup>TM</sup>, эмоциональной возбудимости, склонности к негативизму, двигательной расторможенности. Эти дети должны обязательно консультироваться у детского психоневролога, многие из них нуждаются и в специальном лечении.

Среди детей с нарушениями слуха есть замкнутые, мало контактные дети, они также нуждаются в консультации психоневро-

Особенности психического развития глухих детей раннего возраста наиболее подробно представлены в работах Л.А. Венгер, • ойготской, Э.И. Леонгард, особенности их речевого развития

представлены в исследованиях Л.П. Носковой, развитие нарушенной слуховой функции—в работах Е.П. Кузьмичевой, Т.В.Пелымской, Н.Д. Шматко и др.

При оценке психического развития детей с нарушениями слуха важное значение имеет комплексный клинико-психолого-педагогический анализ с учетом этиологии, патогенеза, объективной оценки слуха, данных психолого-педагогического, неврологического и психопатологического обследования.

В настоящее время более 40% детей с нарушениями слуха имеют сложную структуру дефекта за счет различных психоневрологических расстройств. Многие из этих форм имеют генетическую этиологию. Выделяют несколько основных групп наследственных нарушений слуха, сочетающихся с другими пороками развития:

- с пороками развития и заболеваниями органа зрения;
- с нарушениями развития скелета и соединительной ткани;
- с почечной патологией;
- с эндокринной патологией;
- с патологией сердечно-сосудистой системы;
- с заболеваниями кожных покровов.

В зависимости от этиологии, времени возникновения дефекта слуха, времени начала коррекционной работы психическое развитие широко варьирует от нормального интеллекта до глубоких форм умственной отсталости.

Подобный полиморфизм характерен и для детей с нарушениями зрения, а также для детей с бисенсорным дефектом.

Асинхронный психический дизонтогенез при раннем детском аутизме может сочетаться также с умственной отсталостью.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие существуют современные классификации умственной отсталости? Дайте определение понятию умственная отсталость.
2. Какие нарушения познавательной деятельности характерны для умственно отсталых детей?
3. Сравните нарушения познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью.
4. В чем специфика нарушений познавательной деятельности у детей с тяжелыми речевыми расстройствами?
5. Какие особенности познавательной деятельности характерны для детей с различными формами церебрального паралича?
6. Какие особенности познавательной деятельности наиболее часто встречаются у детей с нарушениями слуха?

В чем сходство и различие особенностей познавательной деятельности у детей с нарушениями зрения и слуха?

Какие особенности познавательной деятельности характерны для аутичных детей?

### Рекомендуемая литература

- Башина В.М. Аутизм в детстве. М., 1999.
- Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. М., 1997.
- Власенко И. Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи. М., 1990.
- Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. М., 1973.
- Гилевич ИМ., Забара Е.А., Инполитова М.В. и др. Дети с отклонениями в развитии. Составитель Н.Д. Шматко. М., 1997.
- Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982.
- Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. М., 1990.
- Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1996.
- Лалаева Р.И. Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей. СПб., 1990.
- Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
- Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990.
- Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.
- Маллер А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. М., 2000.
- Мастюкова Е.М. О развитии познавательной деятельности детей с церебральными параличами //Дефектология. 1973. № 6.
- Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994.
- Носкова Л.П., Соколова Н.Д., Гаврилушкина О.П., Мастюкова Е.М. Дошкольное воспитание аномальных детей. М., 1993.
- Петрова В.Г., Беякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? М., 2000.
- Ранний детский аутизм / Под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской. М., 1981.
- Гржесоголава 3. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте.
- Ульянкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. М., 1990.
- Ульянкова У.В. Дети с задержкой психического развития. М., 1994. Н.Д., Пелымская Т.В. Если малыш не слышит. М., 1996.

## Глава 4. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

### 4.1. Психосоматические расстройства

Отставание психомоторного развития у детей раннего возраста может быть связано с гипотрофией. Основным проявлением гипотрофии является отставание массы тела от возрастных нормативов, причем, это отставание является достаточно длительным.

В зависимости от выраженности дефицита массы выделяют три степени гипотрофии:

первая степень (самая легкая) — дефицит массы тела составляет 10-20%;

вторая степень (средняя) — дефицит массы 20-30%;

третья степень (тяжелая) — дефицит массы более 30%.

Кроме отставания массы тела, при гипотрофии часто наблюдается повышенная истощаемость, раздражительность, нарушение аппетита, расстройства сна. Характерны также нарушения обмена веществ, органов пищеварения, иммунологической реактивности, поэтому дети с гипотрофией чаще других болеют различными соматическими и особенно инфекционными заболеваниями, у них часто наблюдаются стойкие проявления экссудативного диатеза. Кроме того, у многих из них имеет место дисфункция кишечника, часто с нарушениями кишечного всасывания — мальабсорбцией, поэтому они плохо усваивают многие пищевые продукты.

Профилактика гипотрофии осуществляется прежде всего путем организации правильного рационального питания с использованием продуктов, богатых белком, а также овощей и фруктов. Ребенок с гипотрофией должен быть обязательно проконсультирован педиатром и психоневрологом, так как проявления гипотрофии часто имеют место у детей с врожденными нарушениями обмена и различными заболеваниями центральной нервной системы.

Ребенок с гипотрофией нуждается в общеоздоровительных мероприятиях, длительном пребывании на свежем воздухе, массаже, закаливании, лечебной гимнастике.

Как уже отмечалось, одной из частых причин тяжелой и стойкой гипотрофии может быть *синдром нарушенного кишечного всасывания* — синдром мальабсорбции.

Заболевание характеризуется тремя основными признаками желудочно-кишечных расстройств:

- частые срыгивания, рвоты;
- выраженные нарушения аппетита;
- частый пенистый или водянистый стул.

Ребенок отличается общей вялостью или, напротив, чрезмерной возбудимостью. Обычно состояния вялости и возбудимости едуются у одного и того же ребенка. Характерна нарастающая гипотрофия.

Синдром встречается при ряде наследственных и ненаследственных заболеваний, обусловленных недостаточностью отдельных кишечных ферментов. Он может наблюдаться и самостоятельно, например, при угнетении деятельности некоторых кишечных ферментов во время длительного лечения ребенка отдельными видами антибиотиков и под влиянием других причин.

При данном синдроме наблюдаются характерные нервно-психические нарушения. Это прежде всего низкий мышечный тонус, двигательное беспокойство, усиление сухожильных рефлексов, нередко имеет место сходящееся косоглазие. Поведение ребенка характеризуется сменой состояний повышенной возбудимости и заторможенности. Ребенок, особенно в первые месяцы и годы жизни, отстает в психомоторном развитии. На последующих возрастных этапах проявляется выраженная недостаточность функции активного внимания, целенаправленной деятельности, возможности регуляции своего поведения и крайне низкая умственная работоспособность. Эти признаки обычно сочетаются с двигательной расторможенностью, эмоциональной возбудимостью и другими выраженными нарушениями поведения. У некоторых детей выявляется и более выраженная задержка психического развития.

Эта задержка имеет характерные особенности, которые у детей раннего возраста проявляются в замедленном формировании положительных эмоциональных реакций. Вместе с тем известно, что эмоции способствуют развитию регуляции поведения и выступают средством общения (Л.А. Венгер, В.С. Мухина, 1988). Это объясняет специфику поведения и общения у детей с нарушениями кишечного всасывания. У детей с задержкой развиваются адекватные формы общения, подражательная деятельность, что, в свою очередь, обуславливает частоту отставания в речевом развитии этих детей, а также задержку созревания интегративных функций. В раннем возрасте это зрительно-моторная координация, игровая Деятельность. За счет соматической ослабленности характерно и тставание в развитии двигательных функций: ребенок позже на-иначает сидеть, ползать, ходить. Все нервно-психические наруше-Ия При синдроме мальабсорбции проявляются неравномерно, они Усиливаются при обострении заболевания.

Диагноз уточняется при специальном биохимическом исследовании углеводного и жирового обмена. Основным видом лечения является соблюдение по рекомендации врача специальной диеты.

Причиной физической ослабленности ребенка и, в связи с этим, отставанием в развитии могут быть такие болезненные проявления, как анемия, рахит, пищевая аллергия, а также другие заболевания и пороки развития.

*Анемия* (малокровие) обычно возникает у детей раннего возраста в результате неправильного питания, нередко сочетается с мальабсорбцией, недоношенностью, а также возникает после перенесенных заболеваний. Существует также особая врожденная, наследственная форма анемии. Заболевание обычно выявляется в 3 месяца, хотя некоторые ее признаки имеют место еще с рождения. Так, сразу после рождения обращает на себя внимание бледность кожных покровов. Кроме того, наблюдается учащение пульса и увеличение размеров сердца. Для диагноза важное значение имеет анализ крови.

*Рахит* обычно развивается при недостатке витамина D, что приводит к нарушениям фосфорно-кальциевого обмена. Развитию рахита способствуют нарушения питания ребенка (недостаток в рационе белка, витаминов группы B и C), нарушения режима, недостаточность пребывания ребенка на свежем воздухе и естественного ультрафиолетового облучения.

Существует наследственная форма рахита. В этих случаях заболевание обычно проявляется в возрасте до 3 лет. Прежде всего обращает на себя внимание замедленный рост и отставание моторного развития. Эти признаки сочетаются с низким мышечным тонусом и общей слабостью. В отдельных случаях могут наблюдаться судороги и спонтанные переломы. При рентгеноскопическом обследовании выявляются типичные рахитоподобные изменения скелета. В крови, прежде всего, снижен уровень фосфора, наблюдаются нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Эта форма рахита требует специального лечения.

Для предупреждения рахита ведущее значение имеет соблюдение режима с максимальным использованием свежего воздуха, проведением закаливающих процедур (гимнастика, массаж, воздушные и солнечные ванны). Пищевой рацион должен включать полноценные белки, жиры, которые являются основным источником витаминов A, B, E, фрукты, овощи. Полезно использовать овощные отвары, настой шиповника.

По назначению врача показано применение витамина D, ультрафиолетовое облучение, общий массаж, воздушные ванны, а также хвойные и соленые ванны.

*Пищевая аллергия* чаще возникает в результате наследственной предрасположенности, нерационального питания матери во время беременности. Возникновению аллергии способствуют различные нарушения со стороны органов пищеварения: мальабсорбция, дисбактериоз и др.

Аллергия часто наблюдается у детей с врожденными нарушениями обмена.

У детей раннего возраста аллергия обычно проявляется в виде кожных и кишечных проявлений, а у детей более старшего возраста преимущественно в виде респираторного синдрома, астматического бронхита и бронхиальной астмы.

Лечение пищевой аллергии проводится строго индивидуально на основе использования специальной диеты и применения специальных лекарственных препаратов. Из пищевого рациона исключаются такие продукты, как шоколад, кофе, мед, орехи и другие, которые у данного ребенка вызывают аллергию.

У детей с пищевой аллергией обычно нарушены процессы пищеварения, поэтому им часто назначают специальные ферментные препараты, такие как абомин, фестал, панкреатин и др. Так как при пищевой аллергии частыми являются различные нарушения со стороны микрофлоры кишечника, то в этих случаях показано применение таких бактериальных препаратов, как бификол, бифидумбактерин, лактобактерин и др. Эти препараты применяются обычно длительно: в течение 2-3 месяцев (в зависимости от течения болезни).

Для лечения кожных аллергических реакций используются различные мази.

Детям, страдающим аллергией, обычно противопоказано проведение профилактических прививок, а также применение некоторых лекарственных препаратов.

Если ребенок страдает аллергией, то необходимо выполнять следующие санитарно-гигиенические рекомендации: не допускать синтетических покрытий пола и использования синтетических тканей в одежде ребенка, не рекомендуется держать дома различных домашних животных и птиц.

У детей могут наблюдаться и другие более редкие, но тяжелые заболевания, обуславливающие особенности их развития и трудности обучения. Многие из этих заболеваний являются наследственными. К таким заболеваниям относится *муковисцидоз*. Это тяжелое наследственное заболевание, часто приводящее к инвалидизации. Во многих развитых странах мира созданы специальные учреждения для родителей, имеющих детей, больных муковисцидозом, широко проводятся благотворительные мероприятия в поддержку ^ больных и их семей.

Название муковисцидоз связано с основным признаком заболевания — накоплением густой, вязкой слизи в различных органах, прежде всего в легких, в желудочно-кишечном тракте и особенно в поджелудочной железе. При поражении бронхолегочной системы за счет нарушений дыхательной функции организм находится в состоянии хронического кислородного голодания, что отрицательно отражается на работе всех органов и прежде всего центральной нервной системы. У ребенка наблюдается хроническое астеническое состояние с низкой умственной работоспособностью, общей вялостью, нарушениями памяти, внимания, могут отмечаться отклонения в эмоциональной сфере. Такой ребенок при нормальном интеллекте испытывает трудности в обучении. Поэтому ему необходимы щадящие условия.

При другой форме муковисцидоза преобладает поражение желудочно-кишечного тракта с особой недостаточностью функции поджелудочной железы. Болезнь обычно проявляется с рождения или в первые месяцы жизни ребенка. Первым признаком часто является то, что ребенок, несмотря на хороший уход и правильное питание, плохо прибавляет в весе. Уже на первом году жизни у него проявляется дистрофия, которая часто сочетается с упорным приступообразным кашлем, напоминающим коклюш. Кашель, как правило, сопровождается одышкой, посинением губ. При кашле выделяется густая, вязкая мокрота, прилипая к стенкам бронхов, она нарушает их проводимость и утяжеляет кислородную недостаточность организма.

Дети, страдающие муковисцидозом, обычно имеют нормальный интеллект и способы к обучению по программе массовой школы, но для них необходимы особые, щадящие условия: обучение на дому, в мини-классе.

Характерные нервно-психические нарушения описаны у детей, страдающих *ревматизмом*<sup>1</sup>. Иногда эти нарушения наблюдаются еще до выраженного ревматического приступа. Ребенок становится более возбудимым и раздражительным или, напротив, вялым и пассивным. Повышенные возбудимость и раздражительность сочетаются с синдромом раздражительной слабости. Часто дети жалуются на головные боли и головокружения, плохой сон, непереносимость громких звуков, яркого света. Характерно подавленное, пониженное настроение.

<sup>1</sup> Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. 1955. Т.1. С. 216-217.

Постепенно развивается так называемая ревматическая цереб-падения, для которой типична триада: двигательные, сенсорные и эмоциональные расстройства.

Двигательные расстройства проявляются в сочетании замедленности движений с появлением насильственных движений. Постепенно нарушается моделированность речи и усиливаются непроизвольные движения — гиперкинезы.

Сенсорные расстройства проявляются в виде нарушений оптических и пространственных восприятий. Ребенок часто отмечает изменения величины и формы привычных предметов, может появляться раздвоение предметов, перед глазами возникают сетка, туман, разноцветные шарики и т. п. Характерно сочетание пространственных нарушений с вестибулярными расстройствами и особенно с нарушениями восприятия собственного тела, ребенок как бы «не ощущает себя» или ощущает искаженно отдельные части тела.

Третьим характерным признаком являются эмоциональные расстройства, которые проявляются в виде пониженного фона настроения.

При более легких формах ревматизма, особенно на ранней стадии заболевания, преобладают повышенная возбудимость, впечатлительность, неспособность к длительному умственному напряжению.

С ревматизмом тесно связано особое заболевание — так называемая *малая хорея*, которая, однако, в ряде случаев может наблюдаться и после перенесенного вирусного гриппа. Заболевание характеризуется появлением характерных насильственных движений — хореических гиперкинезов.

Хореические движения отличаются большим разнообразием и характеризуются быстротой, стремительностью, быстрым переключением с одной группы мышц на другую. В тяжелых случаях резкие насильственные движения мешают ходьбе, стоянию, сидению, еде. Попытка всякого произвольного движения усиливает хореические гиперкинезы. Ребенок становится раздражительным, плаксивым. Процесс выздоровления идет медленно. Длительное время после заболевания у ребенка остается неустойчивым настроение, отмечается низкая умственная работоспособность с выраженными нарушениями внимания, частыми являются жалобы на головную боль.

В дальнейшем у некоторых из этих детей появляются в поведении истерические особенности с инфантилизацией психики, т. е. возвращение на более раннюю стадию психического и особенно эмоционального развития.



Иногда остаточные эмоционально-поведенческие нарушения и низкая умственная работоспособность остаются стойкими. Эти дети нуждаются в особом подходе педагога и родителей при подготовке их к обучению.

Одним из общих механизмов, нарушающих психическое развитие детей при хронических соматических заболеваниях, перечисленных выше, а также при врожденных пороках сердца, костном туберкулезе и многих других, является неправильное воспитание по типу гиперопеки. В этих случаях наблюдается отставание прежде всего эмоционально-личностного развития: не развиваются в должной степени волевые компоненты личности, психическая активность, самостоятельность. Кроме того, у этих детей неравномерно формируется объем знаний и представлений об окружающей действительности. Все это может приводить к так называемой *соматогенной задержке психического развития*.

Вместе с тем такая неравномерность развития может иметь место и при неправильном воспитании физически здоровых детей. Это происходит в тех случаях, когда у ребенка преждевременно и чрезмерно стимулируется развитие интеллектуальных интересов в сочетании с изоляцией его от коллектива сверстников и с недостаточным воспитанием его самостоятельности, волевой активности, моторной ловкости, двигательных навыков и умений.

Особенно неблагоприятные условия для развития создаются при сочетании соматической ослабленности с недостатками воспитания, как это имеет место у детей, родившихся в условиях семейного алкоголизма. В настоящее время доказано, что пьянство родителей, даже в самой «безобидной форме», оказывает отрицательное влияние на физическое и психическое развитие ребенка.

Для детей родителей-алкоголиков в большинстве случаев характерна системность нарушений их психофизического развития.

Такие дети отличаются соматической ослабленностью, отставанием в росте и весе по сравнению с нормально развивающимися сверстниками.

Для большинства из них характерны нарушения сна: они с трудом засыпают, перед сном длительно раскачиваются, часто просыпаются, вскрикивают во сне; иногда извращается формула сна и появляется беспокойство в ночное время и сонливость днем.

Для большинства детей характерны нарушения аппетита в сочетании с частыми срыгиваниями, рвотами.

Дети, родившиеся в условиях семейного алкоголизма, отличаются повышенной подверженностью инфекционным и простудным заболеваниям, а также аллергическим реакциям.

Характерным признаком детей при семейном алкоголизме является слабое развитие у них произвольной регуляции поведения: они не могут самостоятельно организовать свою деятельность в соответствии с поставленной задачей.

При оценке влияния на психическое здоровье ребенка различных соматических заболеваний важно учитывать исходный уровень физического и нервно-психического развития и роль возрастного фактора.

Возрастные особенности организма определяют специфику реакций нервной системы на то или иное соматическое заболевание. Кроме судорожного синдрома, о котором было упомянуто выше, у детей первого года жизни отмечается высокая частота встречаемости соматических и вегетативных расстройств. Они проявляются прежде всего в виде дисфункции желудочно-кишечного тракта, расстройствах аппетита, вплоть до полной анорексии, а также в расстройствах сна.

В возрасте от 1 до 3 лет наиболее часто имеют место проявления двигательной расторможенности, общей возбудимости с тенденцией к повторению одних и тех же движений: ритмических раскачиваний, сосанию пальца и закреплению этих и других патологических привычек. Это закрепление происходит особенно быстро при педагогической запущенности и эмоциональной депривации, как это имеет место у детей-сирот.

Кроме того, часто наблюдается нарушение или утрата приобретенных ребенком различных психомоторных навыков. Может утрачиваться навык ходьбы, начальной речи, опрятности. Все эти нарушения могут возникать как последствия перенесенных ребенком инфекционных заболеваний и травм.

## **4.2. Нервно-психические расстройства**

### **4.2.1. Нервно-мышечные заболевания**

Большая часть детских нервно-мышечных заболеваний является наследственной. Это большая группа болезней, при которых имеет место поражение мышечной ткани, периферических нервов и нередко спинного мозга. Такие заболевания проявляются в виде мышечной слабости, повышенной мышечной утомляемости, низкого мышечного тонуса с последующим развитием мышечных атрофии.

Наиболее распространенными среди них являются прогрессирующие *мышечные дистрофии*. В раннем возрасте наиболее часто наблюдается *форма Дюшенна*. Заболевание начинается рано (до 3 лет) и быстро прогрессирует. Отмечается нарастающая мышеч-





ная слабость, снижается мышечный тонус, исчезают сухожильные рефлексы. Атрофии мышц приводят к образованию контрактур. Ребенок начинает отставать в умственном развитии.

*Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана* — тяжелое наследственное заболевание прогрессирующего характера. Начинается на первом году жизни, иногда обнаруживается уже при рождении. Однако чаще всего начинает проявляться с 5-8 месяцев жизни, когда ребенок начинает отставать в развитии и утрачивает ранее приобретенные навыки. В этих случаях нередко ошибочно ставится диагноз рахита. Диагноз уточняется с помощью электромиографического обследования.

*Врожденная миотония Оппенгейма* обнаруживается при рождении — отмечается низкий мышечный тонус, преимущественно в ногах, характерна общая мышечная слабость. По всем остальным показателям малыш может выглядеть совершенно нормальным.

*Врожденные миопатии* — группа наследственных заболеваний мышечной ткани. Эти заболевания проявляются низким мышечным тонусом, слабостью мышечной мускулатуры, снижением сухожильных рефлексов. У детей с врожденными миопатиями часто наблюдаются дыхательные нарушения, приводящие к частым пневмониям. Моторное развитие задержано.

Течение врожденных миопатии различное: в одних случаях это течение стационарное, в других — прогрессирующее.

*Миастения* — группа заболеваний, характеризующихся преходящей мышечной слабостью. Заболевание может проявляться уже в период новорожденности. Клинические симптомы разнообразны: характерна общая мышечная гипотония, тихий болезненный крик, нарушения дыхания, угнетение безусловных рефлексов, выражены нарушения сосания, глотания.

Клинические проявления заболевания по тяжести проявлений широко варьируют — от легких обратимых форм до тяжелых параличей. Заболевание является наследственным, матери больных детей страдают этим же заболеванием, хотя оно может протекать у них бессимптомно и диагностироваться только электромиографически.

Характерным признаком миастении является улучшение двигательных функций после сна.

Диагноз подтверждается электромиографическим исследованием, а также пробой с прозеринем. Через 10-15 мин после введения раствора прозерина миастенические проявления уменьшаются или временно исчезают совсем.

**Лечение детей с нервно-мышечными** заболеваниями проводится дифференцированно, в зависимости от диагноза, возраста и

клинических проявлений. Во всех случаях необходима специальная диета, богатая солями калия; для улучшения обмена веществ в мышечной ткани применяют витамин Е, калий оротат, анаболические гормоны, АТФ, а также витамины группы В.

Нервно-мышечные заболевания у детей раннего возраста следует отличать от рахита. При рахите также наблюдается мышечная гипотония и повышенная мышечная утомляемость. Для профилактики рахита важно соблюдать режим и обеспечивать правильный уход за ребенком.

#### **4.2.2. Нервно-психические нарушения в связи с черепно-мозговой травмой**

У детей в преддошкольном и дошкольном возрасте черепно-мозговые травмы встречаются достаточно часто, преобладают закрытые травмы черепа, которые подразделяются на сотрясение мозга и контузию (ушибы). Нередко наблюдаются и их сочетания.

Нервно-психические нарушения в связи с черепно-мозговой травмой подразделяются на острые и отдаленные. В остром периоде при сотрясениях головного мозга характерны расстройства сознания. В некоторых случаях после тяжелых травм могут наблюдаться травматические психозы, для которых характерна смена двух состояний: заторможенности и адинамии с последующим возбуждением, двигательной расторможенностью.

В острой стадии, кроме потери сознания, наблюдаются и другие общемозговые симптомы в виде головной боли, головокружения, рвоты. В более тяжелых случаях могут наблюдаться судорожные припадки.

После острой стадии, а также в более отдаленном периоде возникает так называемая *посттравматическая церебрастения*, для которой характерны повышенная психическая истощаемость ребенка, головокружения, головные боли, которые наиболее часто возникают в душном помещении, усиливаются при быстрых движениях ребенка, шуме, нагибании головы. Обычно головные боли сопровождаются головокружениями, а также вегетососудистыми расстройствами (повышенная потливость, учащение и неравномерность пульса).

После черепно-мозговой травмы ребенок становится более раздражительным, капризным, повышенно утомляемым, нередко у него снижается память.

После черепно-мозговых травм, в том числе и легких, у некоторых детей отмечается склонность к истерическим реакциям,

появляется повышенная пугливость, иногда развивается так называемый *травматический невроз*.

Отдаленные последствия зависят как от тяжести травматического повреждения ЦНС, так и от состояния центральной нервной системы ребенка на момент воздействия травматического фактора. При наличии органического поражения ЦНС, особенно при гидроцефалии, даже небольшое травматическое повреждение может вызвать более стойкие отдаленные последствия. К таким более тяжелым отдаленным последствиям относится травматическая энцефалопатия с выраженными психопатоподобными нарушениями поведения. Кроме того, к тяжелым отдаленным последствиям травмы черепа относятся эпилептические припадки, а также локальные нарушения речи и других высших психических функций.

Ребенок, перенесший черепно-мозговую травму, должен находиться под наблюдением детского психоневролога; он также нуждается в щадящем режиме, ему противопоказано умственное и физическое перенапряжение, а также пребывание на солнце, в душном и жарком помещении.

При проведении лечебно-педагогической работы следует учитывать низкую и неравномерную умственную работоспособность этих детей, частые нарушения у них памяти, функции активного внимания, возможность возникновения головной боли. Поэтому все занятия должны проводиться в хорошо проветренном помещении, длительность каждого занятия должна быть подобрана индивидуально для каждого ребенка.

У детей преддошкольного и дошкольного возраста, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму, возможна временная утрата некоторых уже сформированных навыков и прежде всего речи. В этих случаях могут возникать афазико-алалические состояния, при которых распад некоторых уже сформированных речевых функций сочетается с задержкой созревания корковых речевых зон, что и определяет наличие алалического симптомокомплекса.

У детей младшего возраста, перенесших черепно-мозговую травму, нередко достаточно длительное время могут проявляться различные неврозоподобные расстройства в виде страхов, заикания, энуреза.

Характерен также судорожный синдром.

### 4.2.3. Судорожный синдром

Судорожные состояния у детей первых лет жизни являются достаточно частыми и проявляются при различных инфекционных и неврологических заболеваниях, иногда они являются первым

признаком, свидетельствующим о поражении мозга. Специфика судорожных проявлений в значительной степени зависит от возраста ребенка.

У новорожденного при поражении ЦНС могут отмечаться как генерализованные, так и очаговые клинические припадки. Они могут быть связаны с родовой травмой, асфиксией, нейроинфекцией, а также врожденными нарушениями обмена аминокислот, углеводов, липидов и витаминов.

У детей грудного возраста появление судорог может быть связано с органическим поражением ЦНС, наследственными болезнями обмена, нейроинфекциями, поствакцинальными осложнениями. Могут наблюдаться также особые аффективно-респираторные судороги, связанные с повышенной возбудимостью ЦНС. Такие судороги возникают обычно вслед за отрицательной эмоциональной реакцией на фоне сильного плача или крика. Малыш начинает громко кричать, затем у него на вдохе задерживается дыхание, он синееет, потом бледнеет и теряет сознание на несколько секунд. Эти судороги могут иметь характер единичных или нескольких повторных эпизодов или же повторяться и трансформироваться в эпилептическую болезнь. Ребенок с подобными судорогами должен быть обязательно проконсультирован у детского психоневролога.

Наиболее часто у детей раннего возраста наблюдаются фебрильные судороги, возникающие на фоне высокой температуры. Отдаленный прогноз фебрильных судорог обычно благоприятный.

Судорожный синдром у детей раннего возраста может протекать также по типу абсансов — кратковременной остановки взора и потери сознания. Диагностика этого типа судорожного синдрома является трудной и требует очень внимательного наблюдения за малышом.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие соматические и нервно-мышечные заболевания могут являться причиной отставания психомоторного развития у детей раннего возраста?
2. Какие причины могут обуславливать судорожный синдром у детей раннего возраста?
3. Какие проявления характерны для гипотрофии?
  - Какие нарушения нервно-психического развития отмечаются при синдроме нарушенного кишечного всасывания?
  - Какие формы рахита и в каком возрасте могут диагностироваться у детей? о и ^ что такое анемия и как она проявляется у детей раннего возраста?Какие проявления аллергии характерны для детей раннего возраста?

8. Какие нервно-психические нарушения описаны у детей, страдающих ревматизмом?
9. Что такое муковисцидоз? Какой режим необходим для детей, страдающих муковисцидозом?
10. Назовите причины аллергии у детей раннего возраста. Как проявляется аллергия?
11. Какие нервно-психические нарушения характерны для детей, перенесших черепно-мозговую травму?
12. Какие нервно-мышечные заболевания могут являться причиной отставания ребенка в развитии?

## Рекомендуемая литература

*Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволодская Н.М.* Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, 1980.

*Захаров А.И.* Что снится нашим детям. СПб., 1997.

*Кузнецова И.П.* Особенности психологии у детей с соматической и неврологической патологией // Психологический журнал (СПб.). 1997. № 4.

*Ляпидевский С.С.* Невропатология. Естественнаучные основы специальной педагогики. М., 2000.

*Мамайчук И.И., Лапкин Ю.А., Лихачева Е.С.* Некоторые особенности личности детей, больных ревматоидным артритом // Ревматология. 1986. №4.

*Мастюкова Е.М.* Особенности психического развития детей, перенесших асфиксию при рождении // Невропатология и психиатрия. 1967. №10.

*Мастюкова Е.М., Грибанова Г.В., Московкина А.Г.* Профилактика и коррекция нарушений психического развития при семейном алкоголизме. М., 1989.

*Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Они ждут нашей помощи. М., 1991.

*Сухарева Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1965. Т. 3.

## Глава 5. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ

### 5.1. Общие теоретические положения

Диагностика отклонений в развитии основывается на знании общих и специфических закономерностей психического развития нормально развивающегося ребенка и детей с различными отклонениями в развитии.

Диагностика носит комплексный характер, т. е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (педиатрии, детской психоневрологии), а также медицинской генетики, которые обязательно сопоставляются с показателями нейрофизиологии-

х биохимических и других методов параклинического обследования и данными, полученными при психологическом, педагогическом и логопедическом обследовании.

Современный уровень развития медицинской генетики, детской психоневрологии и психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений в развитии (задержка психического развития, общее недоразвитие речи, аномалии развития при различных наследственных заболеваниях нервной системы, детском церебральном параличе и др.) и оценивать степень сформированности высших психических функций, но и выявлять клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

На основе анализа специфики аномального развития, патогенетических механизмов нарушения, учета локализации и распространенности поражения центральной нервной системы педагог и психолог могут ориентироваться в структуре дефекта.

Данные научных исследований в области медицинской генетики, нейрофизиологии, а также клинической медицины показали необходимость пересмотра представлений о причинах и механизмах возникновения многих форм задержек развития, умственной отсталости, речевых, двигательных и сложных дефектов, а также раннего детского аутизма.

Важной задачей диагностики является установление структуры ведущего нарушения развития, вторично связанных с ним отклонений в развитии с учетом локализации и механизмов нарушений центральной нервной системы.

Теория функциональных систем, разработанная представителями отечественной нейрофизиологической школы, составляет в настоящее время основу изучения мозговой организации высших психических функций. Согласно этой теории, показано, что отдельные элементы нервной системы в процессе развития мозга объединяются, прежде всего, в зависимости от их участия в осуществлении той или иной функции (П.К. Анохин, 1975). Поскольку в функциональные системы объединяются эволюционно разные структуры, то и отдельные элементы в пределах одних и тех же уровней регуляции созревают неравномерно. Этим определяется неравномерность (гетерохрония) созревания отдельных функциональных систем и мозга в целом. При раннем органическом повреждении ЦНС эта неравномерность созревания отдельных психических функций, особенно в критические периоды развития ребенка, выражена в еще большей степени.

Творческое развитие эволюционного учения имело важное значение для обоснования эволюционно-онтогенетического подхода к диагностике нервно-психических заболеваний и отклонений в развитии у детей (Г.Е. Сухарева, 1955, 1959; Г.К. Ушаков, 1966; В.А. Гиляровский, 1973; В.В. Ковалев, 1973; Л.О. Бадалян, 1983, 1985).

Основоположник отечественной детской психиатрии Г.Е. Сухарева (1955) отмечала важность нозологического принципа в дифференциальной диагностике нервно-психических заболеваний у детей.

Все эти данные способствовали разработке современной концепции *психического дизонтогенеза*, т. е. нарушений психического развития у детей, возникающих в результате расстройств созревания структур и функций головного мозга (В.В. Ковалев, 1973, 1976, 1981, 1983, 1985). У детей с отклонениями в развитии имеют место проявления общей или частичной, стойкой или обратимой ретардации (отставания) созревания отдельных функциональных систем и часто наиболее поздно формирующихся в постнатальный период развития лобных мозговых структур, а также недостаточность общей интегративной деятельности мозга.

Особое место в изучении мозговой организации высших психических функций имеют исследования А.Р. Лурия (1946-1947, 1950, 1969, 1970, 1973).

А.Р. Лурия с помощью *нейропсихологического* анализа нарушений интеллектуальной деятельности у больных с локальными поражениями мозга показал роль различных корковых структур в психической деятельности человека. В его исследованиях выявлены отчетливые нейропсихологические различия при поражении задних («гностических») и передних (лобных) отделов мозговой коры. Поражение задних отделов коры головного мозга не приводило, как правило, к нарушениям целенаправленной деятельности и поведения. Значительные трудности возникали в синтезе последовательно поступающей информации в общее (симультанное) схемы, в удержании поступающей информации в памяти и использовании для переработки этой информации специальных речевых средств.

При поражении же лобных отделов мозга отмечались выраженные изменения всего строения психической деятельности. Прежде всего нарушалось программирование и регулирование интеллектуальной деятельности.

В исследованиях Л.С. Выготского впервые была раскрыта регулирующая роль речи, с помощью которой развивается возможность сличать результаты действия с исходными намерениями.

Важное значение для *нейропсихологического* анализа отклонений в развитии имеют данные А.Р. Лурия о трех основных функциональных блоках мозга, участвующих в осуществлении всех видов психической деятельности:

— первый блок обеспечивает регуляцию психической активности;

— второй — прием, переработку и хранение поступающей информации;

— третий — обеспечивает функцию программирования, регуляции и контроля психической деятельности.

При поражениях первого блока изменяется мотивация к деятельности, выявляются выраженные нарушения внимания в сочетании с выраженной психической истощаемостью.

При нарушениях функционирования второго блока изменяется прием, переработка и хранение поступающей информации, что проявляется в различных гностических расстройствах и отклонениях памяти.

Нарушения, возникающие при поражении третьего блока, касаются прежде всего операций программирования и произвольной регуляции деятельности.

Большое значение для понимания различных отклонений в развитии детей имеют исследования, посвященные сравнительному анализу результатов нейропсихологического исследования при поражении головного мозга у детей и взрослых (Э.Г. Симерницкая, 1985).

Современные нейропсихологические исследования детей разного возраста подтверждают теоретические концепции Л.С. Выготского и А.Р. Лурия об изменении в онтогенезе как структуры психических функций, так и их мозговой организации.

Большое значение в организации психических процессов мозга в настоящее время отводится фактору функциональной асимметрии мозга.

Таким образом, все представленные выше подходы составили основу для современного изучения проблемы *психического дизонтогенеза*.

Основными клиническими формами психического дизонтогенеза являются *ретардация*, т. е. отставание в развитии, которое может быть общим, т. е. затрагивать все стороны психики, или парциальным (частичным), когда задержано формирование преимущественно тех или иных психических функций, и *асинхрония* развития, т. е. диспропорциональное психическое развитие.

Первый вариант психического дизонтогенеза характерен для <sup>те</sup>и с психическим недоразвитием (олигофрения) и для детей



с ЗПР, включая проявления общего и парциального психического инфантилизма (Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев).

Второй вариант психического дизонтогенеза характерен для детей с преобладающими эмоционально-поведенческими и личностными расстройствами. Особенно он характерен для детей с РДА, с невропатией и формирующимися психопатиями. Кроме того, он может наблюдаться при ранней детской шизофрении, эпилепсии и некоторых демонстрирующих заболеваниях раннего возраста. Например, при вялотекущем шизофреническом процессе, начавшемся в раннем детском возрасте, на начальных этапах заболевания может обращать на себя внимание преждевременное развитие некоторых интеллектуальных интересов. Такой ребенок может рано научиться читать, считать, грамотно работать с компьютером и т. п. Но все эти навыки развиваются лишь в том случае, если они находятся в сфере его избирательных интересов. Они всегда сочетаются с выраженным отставанием в развитии моторики, эмоционально-волевой незрелостью, выраженной практической неприспособленностью. Выраженные нарушения социальной адаптации этих детей могут, в свою очередь, способствовать развитию так называемых *псевдокомпенсаторных образований* защитно-оборонительного характера. Это прежде всего боязнь всего нового, чрезмерная привязанность к матери, односторонние интересы, навязчивые привычки и т. п. (В.В. Ковалев, 1975).

Наряду с клиническими, выделяют психологические параметры психического дизонтогенеза. Так, В.В. Лебединский (1985) выделяет следующие проявления и механизмы дизонтогенеза.

Первый вариант связан с функциональными нарушениями регуляторных механизмов подкорковых и корковых систем. Нарушения проявляются, в основном, в функционально-динамических расстройствах мозговой деятельности в виде нарушений умственной работоспособности, функции активного внимания, регуляции произвольной деятельности.

Второй вариант связан с неравномерным повреждением различных функциональных систем в зависимости от этапа их созревания. Известно, что наиболее интенсивно развивающаяся функция является и более уязвимой. Поэтому при раннем повреждении ЦНС в первую очередь повреждаются наиболее интенсивно формирующиеся на этом этапе функции. Это прежде всего относится к функции речи.

Кроме того, многие функциональные системы оказываются наиболее уязвимыми в критические периоды развития, так как именно на этих этапах гетерохрония развития выражена в наи-

большей степени. Эти данные показывают важность составления так называемого *профиля развития*.

При третьем варианте, наряду с выраженностью первичного дефекта, значительную роль в школьной и социальной адаптации играют вторичные нарушения депривационного генеза. Например, у ребенка с церебральным параличом в результате длительной изоляции от коллектива сверстников может сформироваться вторичная аутизация личности, которая, в свою очередь, может стать решающим фактором в социальной дезадаптации.

Вторичные нарушения депривационного генеза особенно выражены у детей-сирот, воспитывающихся в интернатах.

Кроме представленных вариантов, определенная роль в механизме психического дизонтогенеза может принадлежать асинхронному развитию межфункциональных взаимодействий.

Важное значение имеет выявление общих и специфических особенностей различных форм психического дизонтогенеза. Общие закономерности психического дизонтогенеза были обоснованы В.И. Лубовским. Они включают:

- нарушения приема и переработки поступающей информации;
- нарушения хранения и использования информации;
- нарушения словесной регуляции деятельности.

В зависимости от характера аномального развития проявления этих общих закономерностей имеют свою специфику.

Таким образом, диагностика отклонений развития основывается на сравнительном анализе общих и специфических закономерностей психического развития как нормально развивающегося ребенка, так и ребенка с отклонениями в развитии.

Диагностика отклонений в развитии всегда носит комплексный характер, т. е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (детской психоневрологии, медицинской генетики, педиатрии, эндокринологии и других дисциплин), а также специальной педагогики и психологии.

Современный уровень развития медицинской генетики, клинической медицины, нейрофизиологии, медицинской психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений в развитии (умственная отсталость, задержка психического развития, общее недоразвитие речи, ранний детский аутизм, аномалии психического развития у детей с сенсорными и двигательными нарушениями), но и выявить клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

Комплексное клинико-психолого-педагогическое обследование ребенка проводится с учетом следующих основных принципов:

- принцип развития, т. е. анализ механизмов возникновения тех или иных отклонений в психическом развитии в возрастном аспекте;
- принцип системного изучения нарушений психического развития с определением иерархии в структуре дефекта;
- качественный анализ структуры дефекта;
- этиопатогенетический подход с учетом взаимосвязи генетических и внешнесредовых факторов.

Процесс диагностики включает, прежде всего, выяснение жалоб и анализ анамнестических данных, при этом особое внимание обращается на особенности развития ребенка. Анализируются особенности развития моторики и навыков самообслуживания, общения и развития речи, интересов и познавательных способностей, игровой деятельности, поведения.

Мы уже отмечали роль игры в психическом развитии ребенка. У детей с отклонениями в развитии прежде всего обращают на себя внимание специфические изменения игровой деятельности. Они проявляются в двух типах нарушений: либо игра отсутствует вовсе, либо она не соответствует возрастному уровню ребенка. В некоторых случаях, как, например, у детей с аутизмом, игра может приобретать своеобразный характер. Ребенок играет один, однообразно манипулируя отдельными предметами, не обращая внимания на обычные игрушки. Обращает на себя внимание стереотипность игровых действий.

При оценке игры ребенка важно обратить внимание на ее характер. У детей с нарушениями умственного развития игры носят случайный, беспорядочный характер и чаще сводятся к простым манипуляциям с предметами. Таким образом, на основе анамнеза создается предварительное представление об игровой деятельности ребенка. В беседе с родителями важно также выяснить интересы ребенка, особенности его общения с детьми и взрослыми.

## **5.2. Основные методы клинико-психолого-педагогической диагностики отклонений психического развития у детей**

### **5.2.1. Медицинская диагностика**

Медицинская диагностика отклонений развития у детей раннего и дошкольного возраста включает общий осмотр, анализ анамнестических данных, оценку соматического, неврологического и

психического состояния. Клинический диагностический процесс разделяется на несколько этапов.

На первом этапе выявляются основные неврологические и психопатологические синдромы, устанавливается взаимосвязь между ними и предположительная локализация патологического состояния ЦНС.

На втором этапе ставится задача определения характера аномального развития и его сущности. На этом этапе особенно важное значение имеет выявление генетических синдромов и различных заболеваний ЦНС, обуславливающих отклонения в развитии.

На третьем этапе ставится задача этиопатогенетической диагностики и оценки прогноза.

Важное значение для клинической диагностики имеет нейрофизиологический, биохимический, генетический и другие методы обследования.

Таким образом, клинический метод исследования предполагает комплексный подход, включающий оценку этиологии, патогенеза, структуры ведущего дефекта и осложняющих его нарушений, анализ взаимосвязи психопатологических и неврологических нарушений. Такой подход в сочетании с качественной оценкой психолого-педагогических данных определяет возможность постановки клинического диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Дифференциальная диагностика позволяет установить окончательный, т. е. клинический диагноз.

Клиническая диагностика основывается на знании основных закономерностей возрастного развития нервно-психических функций.

Важное значение в клинической диагностике имеет оценка комплекса внешних признаков ребенка — фенотипа, который определяется в значительной степени генотипом. Поэтому многие отклонения в развитии, связанные с наследственными заболеваниями, диагностируются по внешнему облику ребенка, затем диагноз может подтверждаться при генетическом исследовании. Например, так диагностируется болезнь Дауна.

Генетическое обследование составляет важный раздел медицинской диагностики, поскольку число наследственно обусловленных форм аномального развития достаточно велико. Так, по данным М.Г. Блюминой (1985), доля наследственно обусловленных форм умственной отсталости составляет около 75%. Велика роль наследственных факторов в этиологии раннего детского аутизма, нарушений слуха и зрения, сложного дефекта.

Для клинической диагностики важное значение имеет установление *нозологического диагноза*, т. е. выявление определенного



неврологического или психического заболевания, обуславливающего отклонения в развитии. Это могут быть наследственные нарушения обмена веществ, например: фенилкетонурия, хромосомные болезни, детские церебральные параличи, гидроцефалия, микроцефалия, эпилепсия, шизофрения, различные синдромальные формы умственной отсталости и сложного дефекта, такие как синдром Ретта, синдром Леша-Нихана, синдром Ушера, синдром ломкой X-хромосомы, алкогольный синдром плода и многие другие.

Важным методом клинической диагностики является психопатологическое исследование. Оно включает клиническую беседу, наблюдение за поведением ребенка и специально проводимое обследование. При оценке психопатологической симптоматики обязательно учитываются данные неврологического обследования и соматическое состояние ребенка. При этом всегда ставится задача выявления патогенетической зависимости между отдельными клиническими симптомами и синдромами. Диагностическая значимость каждого синдрома оценивается в зависимости от его структуры и сочетаний с другими психопатологическими и неврологическими синдромами. Все эти формы отклонений в развитии имеют различные причины. Диагностика конкретного нервно-психического заболевания, обуславливающего отклонение в развитии, открывает новые возможности для более эффективного лечения, психолого-педагогической коррекции, прогноза, а также для предупреждения повторных случаев подобного заболевания в семье.

Важное значение для диагностики и прогноза имеет выявление связи между двумя видами расстройств: дизонтогенетическими, т. е. признаками нарушенного развития, и энцефалопатическими, связанными с повреждением различных мозговых структур. Например, перед нами ребенок 5 лет с отставанием в развитии речи и моторики. При обследовании логопед выявляет у него общее недоразвитие речи того или иного уровня, педагог отмечает отставание в речевом, психическом и моторном развитии. Все признаки, выявленные этими специалистами, относятся к дизонтогенетическим, связанным с нарушением развития тех или иных функций. Детский психоневролог при обследовании такого ребенка, наряду с отставанием в развитии, выявляет у него признаки повышенного внутричерепного давления, нерезко выраженные проявления детского церебрального паралича, судорожную готовность, двигательную расторможенность и т. п. Эти признаки относятся к энцефалопатическим, связанным с повреждением, в том числе и «минимальным», тех или иных мозговых структур. Коррекционная

работа будет наиболее успешной, если она будет сочетаться со специальным лечением.

Как видно из представленного примера, наличие энцефалопатических расстройств всегда утяжеляет динамику психомоторного развития.

Важное значение в диагностике отклонений в развитии, особенно у детей старшего дошкольного возраста, имеет нейропсихологическое обследование, которое направлено на оценку состояния высших психических функций.

#### Диагностика некоторых генетически обусловленных синдромальных форм психического дизонтогенеза

Многие наследственно обусловленные формы отклонений в развитии сочетаются с нарушениями роста и телосложения<sup>1</sup>.

Удлиненные конечности и усиленный рост при наличии выраженного отставания в умственном развитии характерны для синдрома церебрального гигантизма — синдрома Сотоса. Это редкое заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования. Синдром впервые описан в 1964 г. Характерными его признаками считаются макроцефалия (увеличение размеров головы), лицевые и черепные аномалии, нарушения интеллекта и речи. При внешнем осмотре обращает на себя внимание удлиненное лицо, крупные и удлиненные ушные раковины, большой выпуклый лоб, крупные стопы и кисти рук. Среди дополнительных признаков отмечаются дефекты зрения.

Увеличение массы тела и подкожного жирового слоя, отмечаемое с рождения, характерно для синдрома Беквита-Видемана. Дети с этим синдромом рождаются с массой тела, превышающей 4 кг, и длиной более 52 см. Могут иметь место как умеренная микроцефалия, так и гидроцефалия. Обращает на себя внимание выступающий затылок, большой лоб. Типичным признаком считается наличие вертикальных бороздок на мочках ушных раковин. Характерно увеличение ряда внутренних органов: печени, почек, поджелудочной железы, реже — сердца. Многие дети в первые годы жизни отстают в речевом и психическом развитии. Хотя интеллект при этом синдроме в большинстве случаев сохранен.

Увеличение массы тела характерно также для особой формы умственной отсталости, обусловленной синдромом ломкой X-хро-

Более подробно см. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1992.; Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Основы нетики. Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии. М., 2001.

мосомы. Кроме большой массы тела, уже в период новорожденности обращают на себя внимание внешние особенности ребенка. Это — пухлое лицо с узкими глазными щелями и отечными веками, отмечается некоторое сходство с «китайчатами». Через несколько месяцев из-за плохого роста волос на голове и своеобразных по форме крупных ушей («уши летучей мыши») голова малыша, по характеристике родителей, приобретает некоторое сходство с «заячьей».

К году брови становятся более широкими, глазные щели приобретают полулунную форму. Все большее внимание начинает обращать на себя непропорционально большая голова этих детей. В отличие от детей с гидроцефалией, имеет место равномерное увеличение как мозговой, так и лицевой части черепа. По выражению родителей, наблюдается «взрослая голова» у маленького ребенка.

К 2-3 годам лицо ребенка меняется: оно становится продолговатым (вначале увеличивается лоб, затем средняя часть лица и челюсти, а также ушные раковины).

К этому же возрасту все более отчетливо проявляется общая моторная неловкость, «неуклюжесть» ребенка, обусловленная недостаточной координацией движений.

Более отчетливо проявляются специфические особенности поведения: манерность, вычурность, избирательность общения, — что часто требует проведения дифференциальной диагностики с ранним детским аутизмом (РДА).

Затем постепенно увеличиваются кисти и стопы, а также коленные, локтевые и другие суставы. При этом особенно крупными выглядят колени.

Для большинства детей мужского пола характерно постепенное увеличение яичек, в ряде случаев и пениса.

Чаще светлые радужки, светлые волосы, широкая форма носа; бледность кожи сочетается с повышенной ее эластичностью и чрезмерной разгибаемостью суставов. Нередко наблюдаются и дефекты скелета в виде сколиоза.

Все представленные признаки сочетаются с отставанием речевого и психического развития и своеобразными нарушениями поведения.

Отставание в росте и массе тела при наличии нарушений психомоторного развития типично для многих наследственных заболеваний обмена.

Раннее выявление метаболических дефектов при массовом скрининге способствует ранней диагностике, а в ряде случаев и предупреждению тяжелых форм умственной отсталости.

Метаболические дефекты являются частой причиной тяжелых отклонений в развитии. Они встречаются с разной частотой. Наиболее распространенной из них является фенилкетонурия (ФКУ), частота которой составляет 1:10 000 новорожденных.

В настоящее время разработаны методы пренатальной диагностики многих врожденных форм нарушений обмена.

Начальные признаки наследственных метаболических дефектов обычно проявляются в течение первого года жизни. Прежде всего начинают выявляться нарушения со стороны ЦНС. Время появления первых клинических признаков, степень их выраженности и темп прогрессирования нервно-психических расстройств при врожденных нарушениях обмена очень вариабельны даже при одном и том же заболевании и зависят как от характера метаболического дефекта, так и от остаточной активности дефектных ферментов.

Существует несколько клинических вариантов течения наследственно обусловленных нарушений обмена веществ.

Первый вариант характеризуется ранним проявлением неврологических расстройств и острым течением.

При этом варианте рано (с рождения или в первые дни и недели жизни) выявляются общемозговые нарушения, которые могут проявляться в виде нарушений сознания, общего беспокойства ребенка, резкого пронзительного крика, нарушений сна, судорог. В особо тяжелых случаях наблюдаются также нарушения дыхания и глотания. Такой ребенок нуждается в срочных реанимационных мероприятиях и обязательном стационарировании.

При втором варианте клиническая симптоматика также выражена с рождения, но течение ее более медленное. В первые месяцы жизни часто обращает на себя внимание повышенная возбудимость ребенка, нарушение сна, беспричинный крик, реже наблюдается вялость, общая заторможенность.

Отставание в психомоторном развитии наиболее отчетливо начинает проявляться со второго полугодия жизни.

Такое течение характерно для фенилкетонурии, гистидинемии и некоторых других наследственных заболеваний.

При третьем варианте клиническая симптоматика проявляется через несколько месяцев после рождения, иногда к концу первого-второго года жизни с регрессом отдельных уже сформированных нервно-психических функций. Примером такого заболевания является синдром Гурлера.

рассмотрим принципы ранней диагностики нервно-психических заболеваний и отклонений в развитии при втором варианте проявления клинической симптоматики.





Известно, что многие формы отклонений в развитии могут быть связаны с наследственно обусловленными дефектами обмена. Наиболее распространенным таким заболеванием является *фенилкетонурия* (ФКУ).

ФКУ наблюдается примерно у 1% умственно отсталых детей.

Уровень развития интеллекта при ФКУ колеблется от нормы до глубокой идиотии. Прогрессирующее течение заболевания особенно выражено в первые 2-3 года жизни.

У одних детей в нерезкой степени выраженности признаки заболевания проявляются уже в период новорожденности, у других — на первом году жизни. В этих случаях у ребенка постепенно пропадает интерес к окружающему, задерживается психомоторное развитие. Ребенок становится беспокойным либо вялым и безразличным к окружающему. Наиболее характерна смена периодов возбуждения и общей заторможенности. Нередко первые признаки заболевания совпадают с введением прикорма или каким-либо простудным заболеванием. Постепенно ребенок все больше и больше начинает отставать в физическом и психическом развитии, формируются признаки умеренной микроцефалии.

Известно, что дети с ФКУ — чаще блондины со светлой кожей и голубыми глазами. Для многих из них характерны проявления экссудативного диатеза, дерматиты, экзема, которые также наиболее резко начинают проявляться с введением прикорма. Кроме того, часто наблюдается повышенная потливость с характерным неприятным запахом.

При неврологическом обследовании выявляются нарушения мышечного тонуса, дрожание пальцев рук, иногда насильственные движения.

Отставание в психомоторном развитии выявляется на первом году жизни. Задержано формирование всех двигательных навыков: ребенок начинает поздно сидеть, стоять, ходить.

Прогностически неблагоприятными признаками являются микроцефалия и судорожные припадки, которые обычно появляются во втором полугодии жизни.

Во всех случаях нарушено формирование речи. При тяжелых формах заболевания у детей не формируются навыки самообслуживания и опрятности. Кроме того, наряду с интеллектуальной недостаточностью, выявляются и разнообразные нарушения эмоциональной сферы и поведения. Многие дети не стремятся к общению, эмоции их бедные и неадекватные, у некоторых из них наблюдаются немотивированные страхи. По особенностям нарушений эмоциональной сферы больные с ФКУ могут напоминать детей с аутизмом.

Нарушения поведения у детей с ФКУ проявляются в виде общей расторможенности, аффективной возбудимости, часто с приступами гнева и ярости.

Диагноз заболевания ставится на основе исследования содержания фенилаланина в плазме крови и определения избыточного выделения с мочой кетокислот.

Основу лечения составляет специальная диета с ограничением белков, с добавлением углеводов, минеральных солей и витаминов. Широко применяются специальные белковые гидролизаты. Из рациона питания исключаются все продукты с большим содержанием белка: мясо, яйца, сыр, творог, орехи и др. В строго ограниченном количестве даются молоко и картофель. В питание ребенка включаются такие продукты, как морковь, капуста, помидоры, салат, яблоки, апельсины, мед, варенье. В ходе лечения постоянно проводится биохимическое исследование.

Если в семьях, кроме детей с ФКУ, имеются и здоровые, то рекомендуется, чтобы они с раннего возраста находились под наблюдением педиатра и детского невропатолога или психиатра.

*Гистидинемия.* В основе заболевания лежит врожденное отсутствие или резкая недостаточность фермента гистидазы, что приводит к повышению содержания в крови гистидина, а последний оказывает токсическое воздействие на ЦНС.

При полном отсутствии фермента заболевание проявляется в первые месяцы жизни и быстро прогрессирует, часто приводя к смертельному исходу.

При малой активности фермента заболевание развивается постепенно и проявляется в виде отставания в умственном и речевом развитии; кроме того, у этих детей часто наблюдаются нарушения слуха. У многих детей отмечаются эмоционально-поведенческие расстройства в виде повышенной возбудимости, агрессивности, страхов.

Внешний облик детей несколько напоминает больных с ФКУ: дети также чаще светловолосые и голубоглазые.

Диагноз подтверждается биохимическими исследованиями.

Основу лечения составляет диетическое питание. Все продукты животного происхождения включаются в рацион питания очень осторожно, с учетом содержания гистидина в крови.

*Синдром «лицо эльфа».* Заболевание проявляется прежде всего<sup>в</sup> характерном внешнем облике ребенка, особенно обращает на себя внимание своеобразие его лица: щеки опущены вниз, маленький подбородок, большой рот, полные губы, особенно нижняя, своеобразный разрез глаз со сходящимся косоглазием и припух-

шими веками. Характерны синеватые склеры и ярко-голубые радужки со своеобразной «звездчатостью».

Отмечаются также своеобразные особенности в строении тела: отставание в росте и массе тела сочетается с удлинённой шеей, узкой грудной клеткой. Характерна также повышенная разгибаемость суставов.

Умственная отсталость сочетается с пороками сердца и сосудов. Диагностика основывается на характерных внешних особенностях ребенка.

Причина заболевания неясна. Высказывается гипотеза о моногенно обусловленном поражении с доминантным типом наследования. Вместе с тем во многих случаях заболевание проявляется спорадически. Высказывается мнение о специфической наследственной предрасположенности при взаимодействии с неблагоприятными внешнесредовыми факторами, одним из которых может быть повышение концентрации витамина В в крови беременной женщины.

В раннем возрасте при повышении уровня кальция в крови ограничивают потребление кальция и витамина <sup>А</sup>. Однако нормализация уровня кальция в крови, к сожалению, не предотвращает нарушения умственного развития.

При обследовании ребенка следует обратить внимание на наличие ожирения. Существует много форм различных нервно-психических заболеваний, сочетающихся с ожирением. Одним из них является *синдром Барде-Бидля*. Впервые заболевание описано в 1866 г. Для него характерны следующие пять признаков: ожирение, гипогенитализм (недоразвитие половой системы), умственная отсталость, пигментная дегенерация сетчатки и полидактилия (увеличение количества пальцев на кистях и/или стопах). Сочетание этих признаков встречается не так часто, обычно имеет место неполное проявление синдрома. Заболевание одинаково часто встречается у лиц мужского и женского пола. При данном заболевании наблюдаются разнообразные нарушения обмена: жирового, белкового, минерального.

Характерен внешний вид больных: прежде всего, это ожирение с обильным отложением жира на лице (лицо приобретает вид «полной луны»), на груди, на животе, ягодицах и бедрах. Обычно ребенок рождается с большим весом и быстро начинает полнеть.

Ожирение сочетается с заболеванием глаз (дегенерацией пигментного слоя сетчатки). Заболевание глаз начинается с младшему школьному возрасту и медленно прогрессирует до полной слепоты.

Обязательным признаком заболевания является полидактилия (наличие дополнительного пальца), которая обычно сочетается с

полным или частичным сращением соседних пальцев кисти или

пы — с синдактилией. У детей имеет место интеллектуальная недостаточность, которая медленно прогрессирует.

В первые годы жизни отставание в психическом развитии проявляется нерезко, обращает на себя внимание прежде всего недоразвитие речи. При этом заболевании может также наблюдаться нистагм, различные отклонения в строении скелета, нарушения слуха и двигательные расстройства.

Характерным обязательным признаком является проявление гипогенитализма: половые органы и вторичные половые признаки развиваются со значительным отставанием. У мальчиков половой член уменьшен в размерах, яички часто не спущены в мошонку. У девочек в ряде случаев отмечается первичная аменорея (отсутствие менструации).

В структуре интеллектуального дефекта при этом заболевании отмечаются проявления психоэндокринного синдрома: слабость побуждений, расстройства настроения, нарушения влечений.

В первые годы жизни отставание умственного развития может проявляться нерезко, но заметна значительная задержка в развитии речи.

В неврологическом статусе постоянными признаками являются горизонтальный нистагм, общая мышечная гипотония, вегетососудистая дистония.

Характерна общая дисплазия строения, различные аномалии строения скелета.

К непостоянным проявлениям относятся следующие: нарушения слуха различной степени, вплоть до полной глухоты; брахи- и микроцефалия; кифоз, сколиоз, кифосколиоз; спастические параличи нижних конечностей.

В ряде случаев наблюдаются нарушения со стороны почек. Встречаются также аномалии сердечно-сосудистой системы: незаращение межпредсердной перегородки, артериального протока. Синдром трудно диагностировать в связи с его полиморфизмом и отсутствием специфической клинической картины при рождении.

Истинная причина заболевания выяснена недостаточно. В большинстве работ данный синдром рассматривается в структуре наследственных болезней жирового обмена. Отметим, что для данного синдрома характерны нарушения не только жирового, но и белкового, и минерального обмена.

Сочетание ожирения с выраженным отставанием в росте, недоразвитием половых органов имеет место у детей с *синдромом Рвоера-Вилли*. Заболевание проявляется уже у новорожденного в резко выраженного снижения мышечного тонуса. Ребенок

при пеленании «лежит пластом», не сосет. В первые месяцы жизни таких детей кормят через зонд или с помощью пипетки. Характерно отставание в развитии статических и локомоторных функций. Ходить эти дети начинают лишь на третьем-четвертом году жизни.

Для этого заболевания типично множество диспластических признаков: это своеобразно вытянутая форма черепа, низко расположенные и деформированные ушные раковины, сходящееся косоглазие и др. Часто наблюдается частичная синдактилия (сращение пальцев) на стопе. Характерны проявления гипогенитализма: крипторхизм у мальчиков, недоразвитие больших и малых половых губ у девочек.

В раннем возрасте эти дети проявляют достаточную эмоциональность и жизнерадостность. Однако очень рано выявляется умственная отсталость различной степени выраженности, которая часто сочетается с психопатоподобным поведением. Характерны также эмоционально-личностные нарушения в виде недифференцированного и добродушного отношения к окружающим, а также повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость.

Существует множество и других наследственно обусловленных отклонений в развитии, проявляющихся прежде всего в характерном внешнем облике ребенка.

К ним прежде всего относится *синдром Дауна*. Заболевание описано в 1866 г. В 1959 г. Лежен обнаружил в кариотипе этих детей трисомию по 21-й хромосоме. Позже генетики при синдроме Дауна выявляли и другие хромосомные изменения. Они названы «транслокацией» и «мозаичностью». Транслокационные формы болезни Дауна отмечаются в 3,2% случаев. При этом варианте общее число хромосом в кариотипе 46, дополнительная 21-я хромосома перемещена на какую-либо другую аутосому. При этом варианте синдрома Дауна один из внешне здоровых родителей может быть носителем сбалансированной транслокации.

Транслокационный вариант синдрома Дауна в половине случаев имеет наследственный характер и в половине спорадический. При этом варианте частота заболевания не зависит от возраста матери.

Мозаичные варианты синдрома Дауна составляют около 2% от всех случаев заболевания. При них в организме одновременно обнаруживаются трисомные и нормальные клетки. Часто при мозаичных формах внешний вид и интеллект страдают в меньшей степени. Риск повторного рождения больного ребенка при мозаичном варианте такой же, как и при простой трисомии — 1%.

Частота синдрома Дауна составляет 1:700 новорожденных. Основные признаки заболевания обнаруживаются сразу же после рож-

дения. Характерны уменьшенные размеры головы, уплощенный и скошенный затылок, узкие глазные щели, нависающее как бы третье веко, плоское лицо с выступающими скуловыми дугами. Ушные раковины малы и асимметричны, мочки часто деформированы и приращены, высокое небо, полуоткрытый рот, большой язык, губы толстые в трещинах, волосы на голове скудные и сухие.

Характерны выраженные диспластические изменения скелета, аномалии в строении грудной клетки, конечностей, пальцы рук укорочены, мизинец искривлен. Нередко можно отметить увеличение промежутка между первым и вторым пальцами стоп, синдактилию 3-го и 4-го пальцев. Недоразвитие связочного аппарата приводит к чрезмерной подвижности в суставах. На ладони нередко наблюдается полная поперечная складка.

Все эти проявления общей дисплазии сочетаются с недоразвитием и пороками формирования ряда систем. Наиболее часто наблюдаются врожденные пороки сердца; различные зрительные нарушения (врожденная катаракта, микрофтальм, близорукость, астигматизм). Характерна высокая частота кондуктивных нарушений слуха.

Во многих случаях отмечаются эндокринные нарушения: ожирение, снижение основного обмена, что многими авторами связывается с понижением функции щитовидной железы. Характерно также недоразвитие половых желез и вторичных половых признаков.

Все двигательные навыки при синдроме Дауна развиваются с выраженной задержкой, что в значительной степени обусловлено мышечной гипотонией и отставанием в развитии постуральных реакций.

Нарушения интеллекта варьируют от самых тяжелых степеней умственной отсталости до умеренных и более легких. Во всех случаях характерно сочетание недостаточности логического мышления с выраженной его тугоподвижностью.

Интеллектуальные и двигательные нарушения при синдроме Дауна во всех случаях сочетаются с нарушениями речи.

Диагностика синдрома Дауна не вызывает особых трудностей. Основной проблемой в настоящее время является коренное изменение общественного мнения и мнения специалистов относительно возможности развития и обучения этих детей и интеграции в Ряду здоровых сверстников. Важное значение имеет разработка и реализация специальных программ по их творческому развитию.

В настоящее время в России создана Ассоциация Даун синдром, которая в содружестве с ассоциациями других стран разрабатывает программы воспитания, развития и обучения этих детей.



Мы верим, что потенциальные возможности развития этих детей могут быть раскрыты в значительно большей степени, чем это осуществлялось до последнего времени.

Важное место в системе медицинской диагностики отклонений развития отводится **обследованию ЦНС**.

Такое обследование предусматривает оценку состояния органов зрения и слуха, вестибулярного аппарата. При анализе двигательного-рефлекторной сферы особое внимание обращается на функцию языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов, иннервирующих мускулатуру мягкого неба, гортани, глотки, языка. Поражение этих нервов, их ядер или направляющих к ним проводящих путей ведет к нарушениям звукопроизношения, сочетающихся с расстройствами голоса и интонации (дизартрией). При дизартрии страдает звукопроизношение в сочетании с нарушениями артикуляции, дыхания и голосообразования.

Бульбарная дизартрия возникает при поражении самих нервов или ядерных образований. У детей затруднено глотание, снижен глоточный рефлекс, часто атрофированы мышцы языка.

Псевдобульбарная дизартрия имеет место при двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей. Нарушения звукопроизношения при этой дизартрии сочетаются с повышением тонуса мышц языка, гиперсаливацией, усилением глоточного рефлекса.

При обследовании двигательной сферы ребенка раннего возраста особое внимание обращается на состояние безусловных рефлексов, особенно рефлексов позы. Отмечается состояние мышечного тонуса и координации движений.

Важное значение имеет выявление так называемых непроизвольных движений — гиперкинезов.

При оценке неврологической симптоматики важно отметить, является ли она диффузной или локальной, имеет ли место преобладание правосторонней или левосторонней симптоматики. Особенно важно отметить неврологические признаки корковой локализации поражения: дифференцированный характер парезов, нарушения динамического и кинестетического праксиса, наличие двигательных и речедвигательных персерваций.

#### Психопатологическое исследование

Психопатологическое исследование направлено на выявление ведущего психопатологического синдрома, вторичных и осложняющих нарушений, составляющих в своей совокупности качественную структуру аномального развития.

Важное значение имеет диагностика резидуально-органических нервно-психических расстройств, а также дифференциальная

гностика различных вариантов психического дизонтогенеза, включая различные формы задержек психического развития, нозогически специфические формы умственной отсталости, сенсорные, двигательные и сложные дефекты.

Кроме того, особое внимание обращается на диагностику неврологических и психических заболеваний, которые на начальных своих этапах могут проявляться в виде различных форм психического дизонтогенеза.

В процессе диагностики постоянно прослеживается взаимосвязь интеллектуально-познавательных и эмоционально-личностных нарушений. Особо важное внимание уделяется диагностике психогенно обусловленных поведенческих и личностных нарушений, а также невротическим и невротоподобным реакциям.

Психопатологическая диагностика проводится с учетом качественной структуры ведущего дефекта, возрастного фактора, данных неврологического и параклинического обследования.

Таким образом, клиническая диагностика позволяет не только дифференцировать детей с различными формами психического дизонтогенеза, но и с привлечением этиопатогенетических и параклинических данных определять причину, механизм, распространенность и локализацию поражения или дисфункции мозга и, таким образом, научно обосновывать индивидуальные программы лечебно-педагогической коррекции, школьный и социальный прогноз.

При психопатологическом обследовании важное значение имеет учет возрастных закономерностей нервно-психических отклонений у детей раннего и дошкольного возраста.

Возрастной фактор рассматривается как важный компонент патогенеза (В.В. Ковалев, 1979, Г.Е. Сухарева, 1955), который определяет специфику многих психопатологических отклонений.

Начальные проявления многих психических заболеваний у детей раннего возраста могут проявляться в своеобразии их игровой деятельности, патологическом фантазировании, нарушениях речи и коммуникативного поведения, страхах, двигательной расторможенности, повышенной эмоциональной возбудимости и агрессивности.

#### 5.2.2. Психолого-педагогическая диагностика

Методология психолого-педагогического обследования основывается на целостности и конкретности психолого-педагогической диагностики. На первом этапе оценивается имеющийся уровень психического развития, на последующем — определяется зона ближайшего развития.

Во всех случаях педагогу и психологу важно оценить обучаемость ребенка, т. е. возможность усвоения знаний и способов действий.

Методика обследования включает наблюдение за игрой и поведением ребенка, оценку коммуникативного поведения, контактности ребенка, адекватность его реакций на одобрение и неудачи в работе и замечания педагога.

Важное значение имеют методы диагностики развития в обучении (А.К. Маркова, А.Г. Лидере, Е.Л. Яковлева, А.Я. Иванова, С.Д. Забражная, Е.А. Стребелева и др.).

Для оценки уровня умственного развития, наряду с качественным психолого-педагогическим анализом, используются различные адаптированные традиционные психометрические тесты.

Особенно большое значение придается индивидуальному диагностическому эксперименту, который представляет собой реализацию экспериментально-генетического метода Л.С. Выготского, а также методу «педагогической оценки».

Педагогической диагностике предшествует знакомство педагога с данными анамнеза относительно развития ребенка, начиная с первых месяцев жизни. Известно, что различные неблагоприятные воздействия как во внутриутробном периоде развития, так и во время родов (родовая травма, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка могут приводить к отставанию в психическом развитии.

При оценке анамнеза важно обратить внимание на наследственную патологию в семье, отметить возможность неблагоприятного воздействия на развитие ребенка различных вредных факторов в период внутриутробного развития или после рождения. Следует внимательно ознакомиться с данными медицинского обследования.

После этого, используя метод свободного наблюдения, предложить ребенку различный игровой материал. Наблюдая свободную игру и деятельность ребенка, можно выявить специфику, особенности, отличающие его игру от игры здоровых сверстников. Важно обратить внимание на особенности поведения ребенка, развитие его моторики и речи, отметив устойчивость походки, специфику манипулятивной деятельности рук, наличие насильственных движений, оценить ведущую руку.

Особое внимание следует обратить на особенности эмоционально-волевой сферы, поведение, контактность. При этом отмечают, как быстро ребенок устанавливает контакт со взрослым, смотрит ли он ему в лицо, насколько адекватны его мимика, жесты, поведение.

Уже в процессе диагностического педагогического наблюдения можно выявить детей с нарушениями общения — ранним детским аутизмом, детей с церебральным параличом или гиперактивным поведением.

Обращается также внимание на повышенную истощаемость и сыщаемость ребенка в процессе спонтанной игровой деятельности, оцениваются реакции на одобрение и замечание. Кроме того очень важно, чтобы педагог научился профессионально оценивать внешний облик ребенка, выявляя микро- или макроцефалию, наличие ожирения и т. п.

Важной задачей системы диагностического обследования детей с отклонениями в развитии является оценка качественных особенностей структуры ведущего дефекта и осложняющих его нарушений. Для решения этой задачи, помимо комплексного клинико-психолого-педагогического обследования, большое значение имеет метод «педагогической оценки», или «структурного исследования», при котором ведущее значение придается качественному анализу самого процесса выполнения задания и выяснению причин, определяющих трудность его выполнения. Только при таком подходе появляется реальная возможность прогнозирования уровня потенциальных возможностей психического развития ребенка, т. е. выявление «зоны ближайшего развития» по Л.С. Выготскому. Метод «педагогической оценки» в диагностике аномального развития ребенка был разработан в исследованиях Э. Хейс-серман (1964). Для эффективного использования данного метода важное значение имеет правильный подбор специального экспериментального материала, предъявление его в определенных стандартных условиях, а также подбор специальных экспериментальных ситуаций. Таким путем возможна оценка качественных особенностей деятельности ребенка, выявление не только уровня его интеллектуального развития и осложняющих это развитие нарушений, но и особенностей эмоциональных реакций и поведения.

Данный метод исследования позволяет составить представление об уровне развития отдельных функций, структуре ведущих и осложняющих дефектов, а также о компенсаторных возможностях развития.

Использование разнообразных способов предъявления заданий основывается на учете интеллектуальных, сенсорных, двигательных, речевых, поведенческих и эмоциональных особенностей в их взаимосвязи, т. е. на целостном интегративном подходе. Во всех случаях важно учитывать особенности умственной работоспособности ребенка и предупреждать возможность его утомления.



Подбор специальных экспериментальных ситуаций с созданием облегчающих выполнение заданий условий с помощью регуляции деятельности ребенка, повышения уровня его мотивации позволяет оценить зону ближайшего развития тех или иных функций и общий потенциал психического и личностного развития.

При использовании данного метода возможна не только ранняя диагностика аномального развития при сложных дефектах, но и выявление индивидуально-типических его особенностей при различных формах психического дизонтогенеза, что имеет важное значение для дифференциации приемов психолого-педагогической коррекции и лечения, а также прогноза развития и разработки индивидуальных стандартов обучения.

Метод педагогической оценки уровня психического развития в ряде случаев является единственно педагогически надежным при обследовании и диагностике наиболее сложного контингента детей с множественными отклонениями в развитии, тяжелыми нарушениями речи, детским церебральным параличом, ранним детским аутизмом, бисенсорными и другими дефектами, а также при обследовании детей с выраженными проявлениями эмоциональной депривации и педагогической запущенности.

При диагностике развития в процессе специальных экспериментально-педагогических занятий ребенок может полностью не владеть устной речью или не вступать в речевой контакт за счет негативизма; в силу двигательных расстройств он может не иметь никакой возможности для манипулирования с предметами; при наличии гидроцефального синдрома у него может наблюдаться крайне низкая умственная работоспособность, он может иметь трудности контакта за счет выраженности эмоционально-поведенческих расстройств различного генеза.

Только в процессе подобных занятий становится возможным уточнение диагноза, дифференциация резидуальных состояний и текущих нервно-психических заболеваний, определение наиболее эффективных методов медицинской коррекции, выявление потенциальных резервов развития, определение готовности и целесообразности поступления в различные дошкольные и школьные учреждения.

Подобный метод является особенно эффективным, если он сочетается с динамическим медицинским наблюдением ребенка в процессе занятий и лечения.

Метод педагогической оценки имеет важное значение для разработки приемов и методов обучения и коррекции нарушенных функций у различных категорий аномальных детей, а также рекомендаций для родителей.

Для педагогов и воспитателей дошкольных учреждений этот метод дает возможность осуществления обоснованного индивидуального подхода к каждому ребенку, что подводит к интеграции детей с особыми проблемами развития в среду здоровых сверстников. Кроме того, этот метод способствует предупреждению формирования вторичных неадекватных путей компенсации тех или иных отклонений в развитии.

#### Констатирующий эксперимент

Констатирующий эксперимент является важным этапом психолого-педагогической диагностики.

С помощью специально подобранных методик, с учетом возраста и предварительных данных, полученных в процессе наблюдения за ребенком, при медицинском его обследовании, педагог и психолог проводят специальное обследование. В этой работе специалист, в отличие от первого этапа, занимает активную позицию и создает особые условия для наилучшего изучения и оценки состояния тех или иных психических функций. Чаще всего — это определенная игровая ситуация.

Обследование проводится по четко разработанному плану и включает оценку восприятия, памяти, функции активного внимания, всех видов гнозиса, пространственных представлений, произвольной регуляции деятельности, всех видов мышления: наглядно-образного, действенного, словесно-логического, речевых функций, а также эмоционально-поведенческой и личностной сферы.

Специально подбираются задания на обследование интеллекта с дифференциацией их на вербальные и невербальные методики. Первые обязательно предполагают речевую активность ребенка. Вторые включают речевую диагностику только в плане понимания инструкций, выполнение же самих заданий основывается на невербальных — перцептивных и моторных способностях.

При оценке уровня сформированности познавательной деятельности выявляется объем знаний и представлений об окружающем с учетом возраста и условий воспитания и окружения ребенка.

При этом обязательно отмечается уровень понимания обращенной речи. Обследуются функции внимания, памяти, а также возможность ребенка действовать по подражанию и по образцу. У детей преддошкольного возраста обследуется уровень развития соотносящих действий, т. е. возможность совмещать предмет с отверстием, выделять большой и маленький, один и много. Даются задания с пирамидками и коробочками разной величины и формы (ребенку предлагают закрывать коробочки, разные по форме и величине).

В процессе специальных игровых заданий обследуется уровень развития зрительного восприятия, прежде всего зрительного вычленения формы и умения соотносить ее с формой других предметов.

Оценивается умение соотносить плоскостную и объемную формы в практических действиях с предметами. С этой целью предлагаются различные задания по типу доски Сегена, т. е. доски с прорезями для выкладывания форм, одинаковых по цвету, но разных по конфигурации. С этой же целью предлагается задание «почтовый ящик» — пластмассовая или деревянная коробка с пятью прорезями разной формы и десять объемных геометрических фигур, соответствующих прорезям коробки. Педагог знакомит ребенка с игрой. В зависимости от возраста и умственного развития характер объяснения задания различный.

Обследуется возможность различения ребенком величины: большой — маленький. Затем ребенку предлагаются матрешки, круглые формочки-вкладыши для построения башен. С этой же целью используются всевозможные пирамидки.

Исследуется возможность различения цветов и группировка одинаковых по форме, но разных по цвету предметов, а также зрительное соотнесение цветов.

Особенно важное значение придается оценке сформированности функции начального обобщения, обследуется возможность группировки предметов по цвету, форме, величине. С помощью специальных игр оценивается уровень сформированности наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

#### Обучающий эксперимент

Наряду с констатирующим экспериментом, для диагностики умственного развития обязательно используется обучающий эксперимент, который обычно неразрывно связан с констатирующим. При выполнении тех или иных заданий педагог оказывает ребенку определенную помощь и отмечает, принимает ли он эту помощь и переносит ли он усвоенный способ действия в новые задания. Так, ребенок с ЗПР и умственно отсталый дошкольник в констатирующем эксперименте могут показать сходные трудности при выполнении тех или иных заданий, однако в обучающем эксперименте они проявят существенные качественные различия, которые имеют важное значение для дифференциальной диагностики. Ребенок с ЗПР принимает оказываемую ему помощь педагога и переносит ее в выполнение новых заданий. Умственно отсталый ребенок к этому, как правило, не способен. Таким образом, в обучающем эксперименте проверяется предварительное предположение о специфике интеллектуальной недостаточности у ребенка. Обучающий

эксперимент проводится в процессе специально организованного педагогического воздействия. Помощь, оказываемая ребенку, строго регламентируется. При оценке показателей обязательно учитывается объем и качество помощи, необходимых для правильного выполнения заданий, а также возможность переноса сформированного навыка в новые условия.

Важное значение имеет дифференциация видов помощи, оказываемой ребенку. Так, эта помощь может иметь лишь стимулирующий характер, либо требуется дополнительное объяснение, введение наглядности, непосредственное участие педагогов в выполнении задания. Например, педагог в присутствии ребенка складывает разрезанную картинку, составляет рассказ по серии сюжетных картинок, классифицирует предметы и т. п. Важно, чтобы проведение каждого обучающего эксперимента было тщательно разработано. Полученные таким путем данные имеют важное значение для предварительного прогноза обучаемости ребенка.

#### 5.2.3. Диагностика нарушений речи и оценка коммуникативного поведения

*Логопедическое обследование* включает оценку сформированности связной речи, ее коммуникативной функции, возможности изменения формы существительных мужского и женского рода в пределах всех падежей единственного и множественного числа, возможности изменения глаголов по числам и лицам, оценку звукопроизношения и фонематического анализа. Важное значение имеет оценка различных форм монологической речи (пересказ, рассказ по картинке, серии картин, рассказ-описание).

При нормальном развитии становление речи и формирование коммуникативного поведения тесно взаимосвязаны. Так, у здорового ребенка уже в конце первого года жизни имеет место избирательное отношение к окружающим, общение со взрослым при помощи звукосочетаний и отдельных лепетных слов, подчинение некоторым словесным инструкциям, обращение внимания на лицо говорящего, радость при общении со знакомыми и близкими для него людьми.

Коммуникативное поведение с самого начала своего формирования является интегративным процессом. Поэтому у детей с са-ыми различными отклонениями в развитии этот процесс может <sup>1а</sup>рушаться. Мы уже отмечали роль эмоционально-положительного общения мать-ребенок для становления психики и, прежде для формирования коммуникативного поведения.



Ребенок с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речевыми расстройствами с первых лет жизни нуждается в специальной коррекционной работе по стимуляции развития коммуникативного поведения.

Оценка коммуникативного поведения у детей с различными отклонениями в развитии имеет важное диагностическое значение. Известна специфика нарушений коммуникативного поведения при раннем детском аутизме.

Ребенок с аутизмом, имея нормальный слух, не реагирует на речевые инструкции взрослого или проявляет к ним активный негативизм, и, чем больше взрослый пытается привлечь его к общению, наклоняясь к нему, заглядывая ему в глаза, поглаживая по голове, тем больший негативизм проявляет ребенок.

Совершенно иные особенности коммуникативного поведения проявляет ребенок с нарушениями слуха, не выполняя речевые инструкции, он внимательно смотрит в лицо говорящего, включается в задание вместе со взрослым, выполняет простые инструкции, если они сопровождаются выразительными жестами, мимикой. Вместе с тем такой ребенок играет молча, не сопровождая свои действия лепетными звуко сочетаниями или словами.

Умственно отсталые дети раннего возраста очень по-разному реагируют на общение со взрослым. Одни из них легко вступают в общение, не учитывают ситуацию, охотно залезают к врачу или педагогу на колени, прижимаются к нему, другие, напротив, проявляют упрямство, негативизм. Однако во всех случаях поведенческие реакции этих детей стереотипны, однообразны и часто не адекватны. Обращает на себя внимание значительное отставание в понимании обращенной речи, слабый познавательный интерес.

Известно, что основной предпосылкой становления речи в первые 2-3 года жизни является высокий уровень мотивации речевого общения. Развитие речи — это, по существу, овладение разными способами общения на основе усвоения грамматических закономерностей родного языка. Таким образом, развитие речи и формирование коммуникативного поведения тесно взаимосвязаны. Взаимосвязь эта очень сложная и неоднозначная. Ребенок с тяжелыми нарушениями речи может иметь достаточно сохранный уровень коммуникативного поведения, и наоборот, ребенок с нарушениями звукопроизношения, заиканием может практически не общаться с окружающими. Все это определяет необходимость специальной оценки коммуникативного поведения у различных категорий детей с отклонениями в развитии и, прежде всего, у детей с нарушениями речи, слуха и ранним детским аутизмом.

### 52.3.1. Алалия и нарушения коммуникативного поведения

Речевое недоразвитие при *моторной алалии* отличается рядом характерных особенностей, которые необходимо учитывать при диагностическом обследовании ребенка. Прежде всего имеют место выраженные трудности в формировании звуковых образов слов: даже имея определенный пассивный словарь, ребенок испытывает стойкие затруднения в назывании слов. При этом у него отсутствуют какие-либо выраженные нарушения артикуляционной моторики. Имеет место точка зрения, что при моторной алалии с трудом формируется речевой праксис, это и определило название данного нарушения речи.

Одним из характерных признаков моторной алалии является специфическая трудность формирования слоговой структуры слов, трудности актуализации даже хорошо знакомых и простых по артикуляции слов. Имея достаточный пассивный словарь, ребенок затрудняется в назывании предметов, картинок и даже в повторении за взрослым отдельных слов. Характерны искажения слоговой структуры слов за счет ее упрощения — опускания звуков и слогов, перестановок, замен. Обращает на себя внимание нестойкость и разнообразие этих замен.

Трудность актуализации слов обуславливает длительный латентный период при вступлении в речевое общение, частые паузы и остановки в речи.

Ребенок с моторной алалией отличается крайне низкой речевой активностью. При попытке вступления с ним в речевой контакт часто проявляется негативизм.

Более всего при моторной алалии нарушается развитие фразовой речи. Это связано со специфическими трудностями при моторной алалии формирования так называемого речевого стереотипа. Коммуникативные трудности при алалии с возрастом могут как бы возрастать, по мере того как речевая деятельность требует все большей автоматизации речевого процесса.

В дошкольном возрасте при моторной алалии отмечается выраженная трудность в развитии звукопроизносительной и связной речи.

Моторную алалию у детей в младшем дошкольном возрасте необходимо отграничивать от временных обратимых состояний, трактуемых обычно как задержки речевого развития. Такая необходимость обычно возникает в младшем дошкольном возрасте, когда отмечается позднее начало развития и замедленный темп формирования. Одним из важных диагностических критериев является возможность усвоения ребенком грамматических норм





родного языка. При моторной алалии эта возможность стойко нарушена. Ребенок испытывает выраженные затруднения в построении грамматически оформленных предложений и их фрагментов. Дети длительное время используют существительные преимущественно в именительном падеже, а глаголы и их фрагменты либо длительное время не используют вовсе, либо только в инфинитиве и повелительном наклонении. Большие трудности у детей с моторной алалией возникают при попытках использовать предлоги.

При задержке темпа речевого развития ребенок обычно достаточно хорошо понимает обращенную речь, в том числе и значение грамматических изменений слов; у него отсутствует смешение в понимании слов, имеющих сходное звучание. В ходе становления речи при задержке темпа речевого развития отсутствуют нарушения структуры слов и аграмматизмы, столь характерные и стойкие при моторной алалии.

Таким образом, развитие речи ребенка при задержке речевого развития отличается от нормального только своим темпом, закономерности же формирования лексико-грамматических структур в импрессивной и экспрессивной речи соответствуют нормальному развитию.

Особенности использования грамматических структур детьми с задержкой речевого развития такие же, как и у здорового ребенка более раннего возраста. Кроме того, в отличие от детей с моторной алалией, они способны к самостоятельному овладению языковыми обобщениями, что практически недоступно детям с моторной алалией.

Нарушения со стороны ЦНС при задержке речевого развития имеют обратимый нейродинамический характер, иногда они не выявляются вовсе. В этих случаях задержка речевого развития в раннем возрасте может быть связана с конституциональными особенностями ребенка, со специфической генетической программой его речевого развития, соматической ослабленностью, неблагоприятными условиями окружения и воспитания, например недостаточностью эмоционально-личностного общения в условиях домов ребенка и детских домов. Кроме того, может иметь место сочетание всех этих факторов.

При обследовании степени сформированности речи используются специальные методики, направленные на обследование как импрессивной, так и экспрессивной речи.

При исследовании импрессивной речи обращается внимание на понимание ребенком конкретных инструкций, значений слов, обозначающих предметы и действия. Ребенку предлагаются игрушки, предметные и простые сюжетные картинки. При этом дифферен-

ируется объем понимания существительных и глаголов. Обследуется также понимание предложений различной степени сложности с опорой на картинку и только по слуху. С этой целью оценивается понимание инструкций.

При оценке экспрессивной речи ребенка просят отвечать на простые вопросы, называть предметы и действия, составлять предложения различной степени сложности. При обследовании речи чрезвычайно важно хорошо знать закономерности развития нормальной детской речи, которые являются для исследователя своеобразным условным эталоном нормы<sup>1</sup>.

#### 5.2.3.2. Обследование экспрессивной речи

Обследование экспрессивной речи также проводится с учетом уровня ее развития.

В отечественной логопедической практике при оценке сформированности экспрессивной речи выделяют три основных уровня речевого развития.

При обследовании на первом уровне речевого развития выявляется понимание речи, активный словарь ребенка, возможность речевого подражания, особенности звукопроизношения, оценивается также состояние артикуляционного аппарата. Кроме того, оценивается так называемая зона ближайшего развития, а именно возможность объединения двух слов в простое предложение.

На втором уровне развития также обследуется понимание речи, грамматическая структура и объем предложения, слоговая структура слов.

На третьем уровне оценивается объем и структура предложений, возможность составления рассказа по серии сюжетных картинок, использование предлогов, возможность словообразования, звукопроизношение и фонематическое восприятие.

У детей с нарушениями звукопроизношения проводится дифференциация между *дислалией* и *дизартрией*.

При дислалии нарушения звукопроизношения имеют место при сохранной иннервации речевого аппарата и нормальном слухе. В процессе обследования дифференцируются две формы дислалии: функциональная и механическая. При *функциональной дислалии* отсутствуют органические или механические нарушения

<sup>1</sup> Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Е. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М.: Просвещение, 1990.



в строении артикуляционного аппарата. При *механической дислалии* нарушения звукопроизношения обусловлены анатомическими дефектами органов артикуляции. Чаще всего наблюдаются различные аномалии зубно-челюстной системы.

При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счет органического поражения центральной нервной системы. При дизартрии нарушения звукопроизношения всегда связаны с недостаточностью артикуляционной моторики, голосообразования и речевого дыхания.

Нарушения артикуляционной моторики проявляются в виде изменения тонуса артикуляционных мышц, ограничения объема их произвольных движений, координаторных устройств, наличие различного рода синкинезий — сопутствующих движений, тремо-ра. Все эти расстройства артикуляционной моторики обычно сочетаются с нарушениями дыхания и расстройствами голосообразования.

Речь при выраженных формах дизартрии смазанная, нечеткая.

При обследовании речи важно обратить внимание на нарушения ее темпа. Нарушения темпа могут проявляться в виде брадилалии — патологической замедленности темпа или в виде тахилалии — патологически ускоренного темпа речи. Нарушения темпа речи могут проявляться самостоятельно, однако чаще они сочетаются с другими видами речевых расстройств.

#### 5.2.3.3. Заикание

Важное значение имеет диагностика заикания. При заикании нарушается ритм, темп и плавность речи, что приводит к нарушениям *коммуникативного поведения*<sup>^</sup>.

В процессе диагностики важное значение имеет дифференциация так называемого *невротического* и *неврозоподобного* заикания.

*Невротическое заикание* возникает в результате острых и подострых психических травм на фоне предрасполагающих факторов: особая невропатическая структура организма ребенка, соматическая ослабленность, семейная отягощенность патологией речи, особенно заиканием, неблагоприятный речевой климат в семье и, прежде всего, перегрузка ребенка информацией.

*Неврозоподобное заикание* возникает на фоне нарушений деятельности центральной нервной системы в связи с различными проявлениями мозговой дисфункции.

Нарушения коммуникативного поведения при заикании многими авторами рассматриваются как ведущий дефект (А.В. Ястребова).



Невротическое заикание следует отличать от так называемого *эволютивного заикания*, которое возникает в период наиболее интенсивного развития речи и так называемого спотыкания — *роПетп*.

Среди условий возникновения заикания ведущее значение имеют неравномерность развития речевых и моторных функций, особенно в критические периоды, в сочетании с конституционально-генетическими особенностями сомато-вегетативной и эмоциональной сферы. Эти особенности чаще всего проявляются в виде повышенной нервной возбудимости, которая обычно имеет место уже с первых месяцев жизни ребенка. Важное значение имеют также остаточные проявления раннего органического поражения центральной нервной системы в виде двигательной расторможенности и эмоциональной неустойчивости, а также нерезко выраженные речедвигательные расстройства.

Среди внешних условий большую роль играет эмоциональная и речевая перегрузка под влиянием неблагоприятного окружения.

В начальном периоде невротического заикания наблюдается преобладание тонических спазмов в дыхательной и вокальной мускулатуре, затем присоединяются тонико-клонические судороги в мышцах артикуляционного аппарата, а также дополнительные сопутствующие движения по типу тикозных в мышцах лица, шеи и конечностей. В дальнейшем при неблагоприятном течении заикания можно наблюдать в отдельных случаях возникновение общего или избирательного мутизма — активного отказа от речевого общения. Позже, обычно к началу школьного возраста, может формироваться страх речи — логофобия.

Невротическое заикание обычно стойко сочетается с другими невротическими проявлениями (страхами, нарушениями сна, энурезом — ночным или дневным недержанием мочи, эмоциональной неустойчивостью), а также повышенной психической истощаемостью.

Есть и другой тип заикания, которое возникает без какой-либо явной причины, постепенно, как бы незаметно для окружающих. Возникновению этой формы заикания способствует декомпенсация ранней недостаточности ЦНС под влиянием различных неблагоприятных факторов. К ним относятся наследственная предрасположенность к заиканию, о чем свидетельствует частота заикания "Других форм речевой патологии в семейном анамнезе этих де-"<sup>></sup> недостаточность речевой системы (позднее развитие речи, различные формы речевой недостаточности; особенности мотор-и и нервно-психической сферы, критические периоды нервно-психического и речевого развития).

Неврозоподобное заикание часто наблюдается при различных нервно-психических заболеваниях, проявляющихся, прежде всего, в виде нарушений эмоциональной сферы и поведения.

При электроэнцефалографическом обследовании детей с неврозоподобным заиканием отмечались, как правило, наряду с общемозговыми и локальные изменения биоэлектрической активности мозга, более выраженные в одном из полушарий.

При левополушарных изменениях заикание нередко сочеталось с другими нарушениями речи и прежде всего — с задержкой речевого развития или более стойким речевым расстройством — моторной алалией.

При правополушарных — заикание сочеталось с просодическими и интонационно-ритмическими нарушениями в сочетании с более выраженными эмоционально-поведенческими расстройствами. Трудности общения у этих детей проявлялись не только за счет заикания, но и в связи с их общей интровертированностью (направленностью на себя) и нарушениями поведения, обычно по типу гиперактивного.

Неврозоподобное заикание может сочетаться с невротическими проявлениями. Такой тип заикания характерен для детей с органическим поражением ЦНС, включая и легкую мозговую дисфункцию, а также при резидуальных нервно-психических заболеваниях, например при ДЦП с легкой и средней степенью поражения речедвигательной мускулатуры.

Если заикание возникает у ребенка с церебральным параличом и тяжелым поражением артикуляционной мускулатуры, то такое заикание следует рассматривать как органическое. Такой тип заикания отличается стойкостью, сопровождается тяжелыми тоническими спазмами дыхательной, вокальной и артикуляционной мускулатуры и выраженными насильственными движениями.

Для отграничения заикания от других, внешне сходных с ним форм речевой патологии, проявляющихся в нарушениях темпа, ритма и плавности речи, часто в сочетании с дефектами звукопроизношения (например, различными формами дизартрии, дислалии в сочетании с тахилалией), следует учитывать один из важных признаков заикания, а именно большую вариабельность проявлений в зависимости от условий общения с постепенным формированием особого типа речевого поведения, структура которого определяется не только самим речевым дефектом, но и эмоционально-личностными и сомато-вегетативными нарушениями.

Кроме того, для дифференциальной диагностики заикания с другими, внешне сходными с ним речевыми расстройствами следует учитывать специфику течения данной формы речевой патологии.

Однообразность со склонностью к рецидивам), а также частоту формирования логофобии (страха речи) с общей невротизацией личности и одним из ярких внешних симптомо-комплексов заикания — судорожным движением мышц, участвующих в речевом акте с сопутствующими движениями и «уловками».

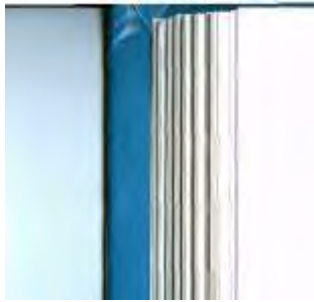
Особую сложность в ряде случаев может представлять отграничение заикания от особой формы речевой патологии *клаттеринг-синдрома*, который характеризуется неразборчивой, поспешной речью с ее прерывистостью и непреднамеренными паузами.

Основным признаком клаттеринг-синдрома, позволяющим его дифференцировать от заикания, является постоянно ускоренный темп речи (тахилалия), делающий речь малопонятной. Ускоренный темп речи сочетается со своеобразными нарушениями ритма речи, т. е. имеет место речевая дизритмия; кроме того, характерны персеверации — повторения звуков, слогов, слов и фраз, нарушения плавности речи, включая повторения, паузы, непредусмотренные смысловым содержанием, вставки звуков, слогов или слов, а также непостоянные пропуски и смещения звуков и слогов. В целом, это ускоренная, захлебывающаяся, неравномерная по ритму речь, часто сочетающаяся с нарушениями артикуляции. При этом, в отличие от дизартрии, нарушения артикуляции крайне непостоянны и вариабельны по структуре. Могут наблюдаться и нарушения голоса в виде колебаний его громкости и малой интонационной выразительности. Характерны также трудности в нахождении слов, в построении фраз, в правильной расстановке смысловых ударений.

Эти признаки часто сочетаются с нарушениями чтения и письма, выраженной недостаточностью функции активного внимания, гиперактивным поведением, недостаточным объемом слуховой памяти и трудностями обучения.

В отличие от заикания, все указанные признаки хотя и проявляются нестабильно, вариабельность их проявлений не связана прямо с усложнением ситуации речевого общения. Ребенок не прибегает к различным «уловкам», как заикающийся, у него не выражены вегетососудистые нарушения, отсутствует страх речи (логофобия), а часто даже и просто отношение к своему речевому Дефекту.

Проявления клаттеринг-синдрома не сочетаются с признаками общего мышечного напряжения, морганием глаз, раздуванием ноздрей, дрожанием губ и другими признаками, рассматриваемыми как вторичные проявления заикания. Однако необходимо учитывать возможность сочетания клаттеринг-синдрома и заикания.



Клаттеринг-синдром обычно наблюдается у лиц мужского пола.

Описано аутосомно-доминантное наследование этого синдрома. В таких случаях это нарушение прослеживается из поколения в поколение, в среднем проявляясь у половины детей лица, страдающего данным речевым нарушением. Это не исключает наличие семей, в которых, в силу случайности, все дети наследуют от родителя, страдающего данной патологией, только нормальный ген. В этих случаях нарушение исчезает в этой ветви семьи.

Интерес к данной форме речевой патологии значительно увеличился с выделением наследственной рецессивной сцепленной с X-хромосомой особой формы интеллектуальной недостаточности со своеобразной клинической картиной, включающей данную форму речевой патологии. Это так называемый *синдром ломкой X-хромосомы*. Примечательно, что эта форма речевой патологии может проявляться на фоне сохранного интеллекта. Иногда подобные формы речевых нарушений описываются как проявления дизартрии с заиканием.

В последние годы подтвердились данные о частоте клаттеринга как специфического синдрома у лиц мужского пола с синдромом ломкой X-хромосомы. У всех обследованных выявлен быстрый, колеблющийся темп речи с повторением звуков, слов или даже целых фраз. Быстрый, «взрывной» темп речи обуславливает ее смазанность, невнятность. Характерными признаками являются повторения слогов и слов, прерывистость речи, непреднамеренные паузы и остановки в сочетании с повторами, которые, в отличие от заикания, обнаруживаются не в начале высказывания, а на всем его протяжении и часто сочетаются с нарушениями артикуляции. Артикуляционные нарушения проявляются в заменах, пропусках и искажениях звуков, особенно глухих согласных. В ряде случаев даже у детей школьного возраста отмечается отсутствие осознания своего дефекта. Ребенок продолжает говорить быстро, невнятно, не осознавая того, что слушателю трудно следить за последовательным ходом его мысли. В большинстве случаев это сочетается, а иногда и обуславливается выраженными нарушениями функции активного внимания. Частыми также являются нарушения кратковременной памяти и трудности выбора наиболее адекватных слов для продолжения беседы.

Эти особенности коммуникативного поведения иногда обозначаются как «поведение пересмотра», т. е. речь говорящего постоянно прерывается остановками и «новыми стартами» с включением новых тем для беседы. Эта особенность считается самой характерной для данного синдрома и свидетельствует о нарушениях последовательного изложения мыслей. Такой тип «информацион-

изобильного речевого поведения» совершенно не характерен для заикания.

Таким образом, клаттеринг-синдром представляет собой не ко нарушение плавности и внятности речи, но и специфическую языковую дисфункцию. При диагнозе данного синдрома важно учитывать следующие основные его проявления: непостоянство в темпе речи с тенденцией к быстрому — тахилалии; повторы слов (по крайней мере два повтора на 100 произнесенных слов); наличие артикуляционных затруднений, нарушений психического и речевого развития; случаи речевых нарушений в семейном анамнезе; отсутствие осознания речевого нарушения; сочетание указанных признаков с выраженными нарушениями внимания. Выявление четырех и более из представленных признаков дает основание для диагноза клаттеринг-синдрома.

Дополнительными признаками данной формы речевой патологии могут быть трудности планирования речевого высказывания и последовательного изложения мыслей; персеверации и частые отклонения от темы высказывания; диссоциация между относительно большим словарным запасом и возможностью построения последовательной схемы высказывания. Эти специфические языковые трудности, нарушения связной речи проявляются лишь при достаточно развитой фразовой речи. Выявление данной формы речевого нарушения требует полного логопедического обследования с дополнительным исследованием кратковременной слуховой памяти и оценки плавности речи как в спонтанной речевой деятельности в процессе игры и беседы со сверстниками, так и в специально заданной логопедом тематической беседе.

Особые трудности могут возникнуть при отграничении клаттеринг-синдрома от заикания, возникающего на фоне органического поражения ЦНС и дизартрии. В этих случаях полезно учесть общие характерные признаки детей, которые имеют место при особой форме умственной отсталости, связанной с синдромом ломкой X-хромосомы, так как именно у таких детей наиболее часто имеет место клаттеринг-синдром. Это прежде всего специфические особенности строения лица и тела: большой череп, несколько удлиненное лицо, увеличенные оттопыренные ушные раковины, широкий прямой лоб, уплощение средней части лица, своеобразная форма носа с тупым, слегка загнутым кончиком, светлые радужные оболочки глаз, прямой прикус, увеличенные в размерах кисти и стопы.

При неврологическом обследовании часто выявляется общее снижение мышечного тонуса, в ряде случаев наблюдаются стерео-

тинные гримасы, подергивания мышц лица, иногда судорожный синдром.

Знание представленной формы речевого нарушения важно как для отграничения его от заикания, так и для выявления лиц, речевые и интеллектуальные нарушения которых связаны с синдромом ломкой X-хромосомы.

Кроме того, клаттеринг-синдром может наблюдаться у лиц с рассеянным склерозом, внутрочерепным кровоизлиянием в области ствола головного мозга. Таким образом, клаттеринг-синдром всегда связан с органическим поражением головного мозга. Особые трудности для диагностики могут представлять случаи сочетания клаттеринг-синдрома с заиканием.

Заикание следует также дифференцировать с *синдромом Туретта* — болезнью тиков, включающей тики артикуляционной мускулатуры, которые могут обуславливать запинки в речи, напоминающие заикание. В отличие от последнего, для синдрома Туретта характерны множественные тики, произвольная вокализация, включающая выкрики бранных слов (копролалию) и повторения слов (эхолалию).

#### 5.2.3.4. Нарушения коммуникативного поведения детей с недостатками слуха

Нарушения коммуникативного поведения характерны для детей с нарушениями слуха<sup>1</sup>. Известно, что слух играет исключительную роль в развитии детской речи.

Нарушения в развитии речи, связанные с недостаточностью слуха, в значительной степени определяются временем потери слуха и спецификой речевого дефекта.

По характеру дефекта все нарушения слуха делятся на *кондуктивные* и *нейросенсорные*. При кондуктивных отмечается нарушение проведения звука в среднем или наружном ухе. При нейросенсорных имеется поражение внутреннего уха, слухового нерва, его ядер или слуховых зон коры головного мозга. Наиболее частыми являются нейросенсорные нарушения.

Нарушения слуха подразделяются на *тугоухость* и *глухоту*.

По времени возникновения все нарушения слуха делятся на три группы: врожденные, возникающие в период новорожденности и приобретенные на последующих этапах развития. Последние

Имеются в виду дети, не охваченные ранней слуховой работой и слухопротезированием.

разделяются на периоды в зависимости от уровня сформированности речи на момент возникновения дефекта слуха (условно — до 3 лет, когда возникшие дефекты слуха нарушают формирование речи или полностью приостанавливают ее развитие, и с 3 лет, когда в связи с дефектами слуха может происходить распад речевой функции).

Недостаточность слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи: фонетической, лексической, грамматической, смысловой, а в ряде случаев и к полному отсутствию речи. Степень речевой недостаточности зависит как от тяжести слухового дефекта так и от времени его появления и условий развития ребенка. Поэтому, если у ребенка нарушено коммуникативное поведение и речевое общение, ему необходимо обследование слуха.

В настоящее время разработаны и широко внедрены в практику методы объективной оценки состояния слуха, начиная с периода новорожденности. Это метод электрокорковой аудиометрии, который позволяет рано выявлять случаи глухоты и тугоухости и дифференцировать нарушения общения в связи с дефектами слуха от речевых расстройств, умственной отсталости, психических отклонений.

Важное значение имеет определение критериев риска возможности нарушений слуха у ребенка раннего возраста, которые можно установить на основе тщательного изучения анамнестических данных. Это прежде всего вирусные заболевания матери в первом триместре беременности, особенно такие, как краснуха, корь, грипп, вирус герпеса. Нарушения слуха часто сочетаются с различными врожденными пороками развития, например расщелинами губы и неба. Они часто наблюдаются при недоношенности, особенно когда вес при рождении менее 1500 г. Причиной нарушений слуха могут быть алкоголизм матери во время беременности, несовместимость крови с проявлениями в период новорожденности желтухи и неврологических расстройств, обозначаемых клинически как билирубиновая энцефалопатия.

Кроме того, к группе риска по нарушениям слуха относятся дети с различными отоларингологическими заболеваниями (аденоиды, отиты и др.), а также дети, получавшие интенсивное лечение антибиотиками в первые месяцы и годы жизни, особенно антибиотиками, вызывающими ототоксическую интоксикацию (стрептомицин и др.).

К группе риска относятся также дети с различными хромосомными и наследственными заболеваниями или имеющие родителей и/или родственников с врожденными дефектами слуха.



Внимание должно быть обращено и на частые воспалительные заболевания среднего уха — повторяющиеся отиты, возникающие в критические периоды развития слуховой и речевой системы.

Кроме представленных нарушений коммуникативного поведения в связи с дефектами речи и слуха, имеются так называемые первичные нарушения контакта ребенка с окружающим миром. Это имеет место у детей с ранним детским аутизмом (РДА).

#### 5.2.3.5. Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме

*Ранний детский аутизм* — особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоционального контакта ребенка с окружающим миром. Основной признак аутизма, неконтактность ребенка, проявляется обычно рано, уже на первом году жизни, но особенно четко в возрасте 2-3 лет в период первого возрастного криза.

Ранняя диагностика аутизма имеет важное значение, так как прогноз этой аномалии развития в значительной степени зависит от времени начала психолого-педагогической коррекции и лечения.

У ребенка с аутизмом нарушено формирование всех форм невербального и вербального общения. Прежде всего у него не формируется зрительный контакт, ребенок не смотрит в глаза взрослого, не протягивает ручки с немой просьбой, чтобы его взяли на руки, как это делает здоровый малыш уже на первом этапе социально-эмоционального развития.

На всех этапах развития ребенок с аутизмом в общении с окружающими не обращается к языку мимики и жестов, как это делают дети первого года жизни, а также дети с нарушениями слуха и речи.

Принято считать, что ранний детский аутизм чаще возникает в определенной семейной среде, обычно это интеллектуальная среда. Известно также, что аутизм наблюдается у первенцев и единственных детей в семье.

Существует разный подход к пониманию возникновения аутистического поведения: одни авторы полагают, что аутизм может проявляться уже с рождения, другие предпочитают выделять аутизм *первичный* и *вторичный*. Первичный рассматривается как врожденная генетически обусловленная предрасположенность, вторичный — как формулирующаяся форма поведенческих реак-

ций. Практика показывает, что обычно имеет место сочетание этих двух механизмов.

Самая главная особенность детей с аутизмом — это стремление избегать контакта с другими людьми. Ребенок ни на кого не смотрит, не общается с окружающими.

Зрительное внимание детей с аутизмом крайне избирательно и очень кратковременно, ребенок смотрит как бы мимо людей, не замечает их и относится к ним, как к неодушевленным предметам. В то же время он отличается повышенной ранимостью, впечатлительностью, его реакции на окружающее часто непредсказуемы и непонятны. Такой ребенок может не замечать отсутствия близких родственников, родителей и чрезмерно болезненно и возбужденно реагировать даже на незначительные перемещения и перестановки предметов в комнате.

При аутизме своеобразный характер имеет игровая деятельность. Ее характерным признаком является то, что обычно ребенок играет один, предпочтительно используя не игровой материал, а предметы домашнего обихода. Он может длительно и однообразно играть с обувью, веревочками, бумагой, выключателями, проводами и т. п. Сюжетно-ролевые игры со сверстниками у таких детей не развиваются. Наблюдаются своеобразные патологические перевоплощения в тот или иной образ в сочетании с аутистическим фантазированием. При этом ребенок не замечает окружающих, не вступает с ними в речевой контакт.

Для детей с аутизмом характерны разнообразные нарушения психомоторики, которые проявляются, с одной стороны, в моторной недостаточности, отсутствии содружественных движений, а с другой — в появлении однообразных, стереотипных движений в виде сгибания и разгибания пальцев рук, потягиваний, взмахиваний кистями рук, подпрыгиваний, вращения вокруг себя, бега на цыпочках и т. п. Особенно характерны вращающие движения кистями рук около наружных углов глаз. Такие движения появляются или усиливаются при волнении, при попытке взрослого вступить в контакт с ребенком.

Мимика ребенка маловыразительна, характерен взгляд мимо или «сквозь» собеседника.

Многие дети с аутизмом отличаются повышенной пугливостью, впечатлительностью, склонностью к страхам, при этом особенно выражен страх новизны, который рассматривается как болезненно обостренный инстинкт самосохранения.

Интеллектуальное развитие этих детей крайне разнообразно.

Ряд из них могут быть дети с нормальным, ускоренным, резко задержанным и неравномерным умственным развитием. Отмечается

также как частичная или общая одаренность, так и умственная отсталость.

Среди характерных признаков раннего детского аутизма большое место занимают нарушения речи, которые отражают основную специфику аутизма, а именно — несформированность коммуникативного поведения. Поэтому у детей с аутизмом прежде всего нарушено развитие коммуникативной функции речи и коммуникативного поведения в целом. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития, ребенок не использует речь как средство общения, он редко обращается с вопросами, обычно не отвечает на вопросы окружающих и в том числе близких для него людей. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», «речь для себя». Среди характерных патологических форм речи прежде всего обращают на себя внимание эхолалии, вычурное, часто скандированное произношение, своеобразная интонация, характерные фонетические расстройства и нарушения голоса с преобладанием особой высокой тональности в конце фразы или слова, длительное называние себя во втором или в третьем лице, отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, например маму, папу или предметы, к которым у ребенка имеется особое отношение: страх, навязчивый интерес, их одушевление и т. п.

В отличие от речевых нарушений, например алалии, речь при аутизме на самых ранних этапах может развиваться нормально или даже ускоренно, и ребенок по темпу ее развития иногда обгоняет здоровых сверстников. Затем, обычно до 30 месяцев (в среднем около 18 месяцев), она начинает постепенно утрачиваться: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне, т. е. не развивается коммуникативная функция речи. Утрата речи всегда сочетается с потерей выразительного жестикулирования и имитационного поведения. При этом такая утрата речи чаще наблюдается у девочек.

При раннем детском аутизме в доречевом периоде часто имеет место отсутствие лепета и слабое развитие функции подражания. Ребенок не выполняет простые речевые инструкции, хотя косвенными методами можно определить, что он понимает обращенную речь. Более чем у 50-70% детей с ранним детским аутизмом наблюдается недостаточность использования жестов и интонации в общении. В начале речевого развития эхолалии появляются редко, но они могут иметь место в старшем дошкольном возрасте.

Дети с аутизмом редко используют полноценную речь в общении. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят

пределами привычной для них остановки, у них нередко наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение «я» и утвердительное слово «да».

В некоторых случаях может отмечаться сочетание аутизма с личными речевыми нарушениями, в том числе с алалией. Эти (формы особенно неблагоприятны в отношении развития речи, так как два этих дефекта взаимно усиливают друг друга.

Нередко различные речевые нарушения, в том числе и алалия, могут осложняться отдельными проявлениями аутистического поведения.

Различные варианты аутистического поведения могут формироваться вторично у детей с тяжелыми формами нарушений речи и слуха. Важное значение имеет клиническая дифференциация различных форм аутистического поведения применительно к каждому отдельному ребенку. Важность этой дифференциации объясняется еще и тем, что, как хорошо известно, дети с аутистическим поведением составляют группу повышенного риска развития тяжелого психического заболевания — детской шизофрении.

Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме необходимо отграничивать от невротических реакций, протекающих по типу пассивного протеста в виде мутизма.

*Мутизм* — это отказ от речевого общения как реакция протеста. Мутизм достаточно характерен для детей дошкольного возраста. Считается, что чаще он наблюдается у девочек. Способствующим фактором к возникновению мутизма является недостаточность речевой функции и интенсивное принуждение ребенка к речевому общению. Мутизм может быть *избирательным* и *тотальным*. Чаще наблюдается избирательный мутизм, который проявляется в том, что ребенок активно отказывается от речевого общения с определенными лицами, или со всеми взрослыми, или в определенной обстановке, например в детском саду. Мутизм может быть кратковременным и затяжным. Ребенок с мутизмом должен быть обязательно осматривен детским психоневрологом, и для него должна быть создана щадящая психологическая атмосфера в семье и в детском учреждении. Особенно важное значение имеет предупреждение мутизма у детей с различными формами речевых расстройств, а также при РДА.

В настоящее время считается, что аутистическое поведение представляет собой интегральное расстройство с различной этиологией и патогенезом. Выяснение в каждом конкретном случае механизмов его развития на клиническом этиопатогенетическом уровне имеет важное практическое и теоретическое значение.

Со времени описания РДА в 1943 г. Каннером и позднее Аспергером выделяют две его формы: *синдром детского аутизма Каннера* и *аутистическая психопатия Аспергера*.

Вариант Аспергера обычно более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант многие авторы относят к аутистической психопатии. В литературе представлены описания различных клинических проявлений при этих двух вариантах аномального психического развития. Так, например, РДА Каннера обычно рано выявляется — в первые месяцы жизни или на протяжении первого года. При синдроме Аспергера особенности развития и странности поведения, как правило, начинают проявляться на 2-3 году и более четко — к младшему школьному возрасту. При синдроме Каннера ребенок начинает ходить раньше, чем говорить, при синдроме Аспергера речь появляется раньше ходьбы. Синдром Каннера встречается как у мальчиков, так и у девочек, а синдром Аспергера считается «крайним выражением мужского характера». При синдроме Каннера имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз, речь, как правило, не несет коммуникативной функции. При синдроме Аспергера интеллект более сохранен, социальный прогноз значительно лучше и ребенок обычно использует речь как средство общения. Зрительный контакт также лучше при синдроме Аспергера, хотя ребенок и избегает чужого взгляда; общие и специальные способности также лучше при этом синдроме<sup>1</sup>.

Аутизм может возникать как своеобразная аномалия развития генетического геноза, а также наблюдаться в виде осложняющего синдрома при различных неврологических заболеваниях, в том числе и при метаболических дефектах. Клиническая дифференциация РДА имеет важное значение для определения специфики лечебно-педагогической работы, а также для школьного и социального прогноза.

#### 5.2.3.6. Аутистические проявления у детей при некоторых нервно-психических заболеваниях

При оценке аутистического поведения ребенка мы считаем важным разграничивать аутизм как особую форму аномального развития и аутистические проявления как синдром, наблюдаемый при различных нервно-психических заболеваниях. В первом случае аутизм является ведущим дефектом в структуре аномального

развития, во втором — осложняющим нарушением при различных заболеваниях ЦНС, сочетающихся с умственной отсталостью. При нерезко выраженных проявлениях аутизма, во втором случае, иногда используется термин *параутизма*.

Так, синдром параутизма может часто наблюдаться при описанном выше синдроме Дауна.

Кроме того, он может встречаться при следующих заболеваниях ЦНС.

\ *Мукополисахаридозы* — группа наследственных заболеваний, при которых возникают нарушения обмена веществ в соединительной ткани. Характерный внешний облик больных определяет второе название этой группы заболеваний — *гаргоилизм*. При этих заболеваниях имеет место комплекс нарушений, включающий патологию соединительной ткани, ЦНС, органов зрения, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

Название гаргоилизм дано заболеванию в связи с внешним сходством больных со скульптурными изображениями химер. Заболевание преобладает у лиц мужского пола.

Первые признаки заболевания проявляются вскоре после рождения: обращают на себя внимание грубые черты лица, крупный череп, нависающий над лицом лоб, широкий нос с запавшей переносицей, деформированные ушные раковины, высокое небо, крупный язык. Характерны короткие шея, туловище и конечности, деформированная грудная клетка, изменения со стороны внутренних органов: пороки сердца, увеличение живота, печени и селезенки, пупочные и паховые грыжи.


Умственная отсталость различной степени выраженности сочетается с дефектами зрения, слуха и нарушениями общения по типу раннего детского аутизма. Признаки РДА проявляются избирательно и непостоянно и не определяют основную специфику аномального развития.

2. *Синдром Леша-Нихана* — наследственное заболевание, включающее умственную отсталость, нарушения моторики в виде насильственных движений — хорееатетоза, аутоагрессию, спастические церебральные параличи. Характерным признаком заболевания являются выраженные нарушения поведения — аутоагрессия, когда ребенок может наносить себе серьезные повреждения, а также нарушение общения с окружающими.

3. Кроме того, аутистическое поведение наблюдается нередко при описанной выше *фенилкетонурии* и *синдроме ломкой Х-хромосомы*.

4. Аутистическое поведение характерно также для синдрома <sup>Ль</sup>*риха-Нупан*. Синдром является наследственным, передается





как менделирующий аутосомно-доминантный признак. Проявляется в виде характерного внешнего вида: антимонголоидный разрез глаз, узкая верхняя челюсть, малых размеров нижняя челюсть, низко расположенные ушные раковины, опущенные верхние веки (птоз). Характерным признаком считается шейная крыловидная складка, короткая шея, низкий рост.

Характерна высокая частота врожденных пороков сердца и дефектов зрения. Наблюдаются также изменения конечностей, скелета, дистрофичные, плоские ногти, пигментные пятна на коже. Типичным признаком заболевания у лиц мужского пола является крипторхизм.

Интеллектуальные нарушения проявляются не во всех случаях. Несмотря на то что дети формально кажутся контактными и приветливыми, их поведение, в целом, достаточно разлажено, многие из них испытывают неадекватные навязчивые страхи, проявляют *синдром тождества*, характерный для аутизма, разлаженность поведения и стойкие трудности социальной адаптации.

5. Аутистическое поведение может наблюдаться у некоторых детей с синдромом Дауна, а также при туберозном склерозе и особом нервно-психическом заболевании — синдроме Ретта.

*Туберозный склероз* является наследственным заболеванием, при котором интеллектуальные нарушения (чаще умственная отсталость) сочетаются со своеобразными кожными изменениями — депигментированными пятнами в области лица в виде бабочки и на подбородке. Поражение нервной системы проявляется в виде судорожного синдрома и умственной отсталости. На фоне текущего органического поражения ЦНС у детей нередко возникают аутистические формы поведения.

*Синдром Ретта* — психоневрологическое заболевание, которое встречается исключительно у девочек с частотой 1:12 500. Заболевание проявляется с 12-18 месяцев, когда девочка, до тех пор нормально развивающаяся, начинает терять едва сформировавшиеся речевые, локомоторно-статические и предметно-манипулятивные навыки.

Характерным признаком данного заболевания является сочетание потери целенаправленных ручных навыков с появлением стереотипных (однообразных) движений рук в виде их потирания, заламывания, «мытья».

Наряду с монотонным потиранием рук, часто наблюдаются своеобразные движения рук перед грудью или подбородком.

По мере течения заболевания меняется внешний облик девочки: лицо становится все менее выразительным, своеобразное

«неживое» «несчастное» лицо, взгляд часто неподвижный, такие лица могут подолгу смотреть в одну точку перед собой. На фоне однообразной мимики и общей заторможенности наблюдаются приступы насильственного смеха, иногда возникающие ночью. Часто

насильственный смех является предвестником иступов импульсивного поведения или сочетается с ними. Нередко при синдроме Ретта имеют место судорожные припадки. Все эти особенности поведения больных девочек напоминают поведение при РДА. Это сходство еще более усиливается за счет своеобразия речевого поведения при синдроме Ретта. Большие девочки с трудом вступают в речевое общение, их ответы односложны и эхололичны.

Временами у них могут наблюдаться периоды частичного или общего мутизма, т. е. отказа от речевого общения.

Для больных с синдромом Ретта характерен крайне низкий психический тонус, ребенок не может сосредоточиться, его ответы носят импульсивный и неадекватный характер. Этим они также напоминают детей с ранним детским аутизмом.

Во всех представленных случаях имеют место отдельные проявления аутистического поведения, которые, в отличие от аутизма как аномалии психического развития, имеют фрагментарный характер и при них отсутствует главное проявление аутизма — несформированность потребности в общении с окружающими. Все дети с органическим поражением ЦНС стремятся к общению с окружающими, они не отгорожены от внешнего мира, не избегают зрительного контакта и не проявляют особого диссоциированного поведения, характерного для РДА.

Кроме того, у детей с органическим поражением ЦНС и проявлениями аутистического поведения имеет место качественно иная иерархия когнитивных расстройств по сравнению с детьми с аутизмом.

При органическом поражении ЦНС во всех случаях более недостаточными оказывались наиболее поздно формирующиеся нервно-психические функции; при РДА, как уже отмечалось выше, имеет место асинхронный вариант психического развития, поэтому ребенок с РДА, не владея элементарными бытовыми навыками, может проявлять достаточный уровень психомоторного развития в значимых для него видах деятельности.

Проявления самого аутизма у детей с органическим поражением ЦНС являются менее выраженными и непостоянными.

Описано также проявление аутизма у детей с церебральным параличом, слабоблидающих и слепых, например при ретролентальной фиброплазии, при сложном дефекте — слепоглухоте и других отклонениях в развитии.

Основоположниками изучения детской шизофрении в отечественной психиатрии являются Т.П.Симеон, Г.Е.Сухарева, А.Н.Чехова, В.Е.Каган, М.С.Вроно, В.Н.Мамцева, В.М.Башина, КС. Лебединская, Л.Я. Жезлова.

Шизофрения в настоящее время рассматривается как хроническое психическое заболевание, преимущественно, генетической этиологии. Для заболевания характерно наличие двух видов психических расстройств — первые (негативные) связаны со специфическими изменениями мышления, поведения и личности в целом. По мере течения заболевания психика ребенка все более разлагается, более отчетливо проявляется диссоциация всех психических процессов и, прежде всего, мышления, нарастают изменения личности по типу аутизма и эмоционального снижения и нарушения психической активности.

Вторая группа симптомов (позитивные) проявляется в виде особых бредоподобных фантазий, иногда с галлюцинациями и так называемыми псевдогаллюцинациями, характерными для детей раннего возраста.

Нарастает стереотипность в поведении, возникают своеобразные бредоподобные деперсонализации, когда ребенок перевоплощается в образы своих сверхценных фантазий и увлечений. Первые признаки заболевания обычно относятся к дошкольному возрасту, проявления аутизма сочетаются с различными психопатологическими расстройствами: страхами, навязчивыми действиями, часто возникает образное патологическое фантазирование с визуализацией представлений. Реже наблюдаются аффективно-бредовые состояния, ипохондрические расстройства и др.

При ранней детской шизофрении преобладает тип непрерывного течения. При этом часто бывает трудно определить начало заболевания, так как шизофрения возникает обычно на фоне аутизма.

Необходимо отметить основные отличия РДА как особой формы психического дизонтогенеза и синдрома аутизма при описанных выше психоневрологических заболеваниях и детской шизофрении. В первом случае имеет место своеобразный асинхронный тип психического развития, клиническая симптоматика видоизменяется в зависимости от возраста. Во втором случае особенности психического развития ребенка определяются характером основного заболевания и проявляются в виде олигофрении различной степени тяжести или шизофренической деменции. Аутистические проявления у детей с различными нервно-психическими заболеваниями чаще имеют временный характер и видоизменения в зависимости от основного заболевания.

Это же относится и к аутистическим проявлениям у детей с органическими неврологическими и соматическими заболеваниями. Вынужденное длительное одиночество, в результате хронического физического заболевания или обездвиженности, как это имеет место у детей с церебральными параличами, может приводить к формированию аутистического склада личности.

#### 5.2.4. Диагностика развития мышления

В настоящее время установлено, что у всех детей с особыми проблемами развития имеют место выраженные в разной степени отклонения в развитии мышления. Механизмы этих отклонений различны: в одних случаях они связаны с недоразвитием наиболее поздно формирующихся мозговых структур, в других — со специфическими нарушениями умственной деятельности, что обуславливает трудности в приеме и передаче информации. Последний фактор, согласно данным В.И. Лубовского, является общей закономерностью аномального развития. Кроме того, отставание в развитии словесных форм мышления характерно для детей с тяжелыми системными нарушениями речи.

Известно также, что отставание в развитии наглядно-действенного мышления у детей с церебральным параличом может задерживать формирование мыслительных операций в целом и прежде всего словесно-логического мышления.

В практике диагностики все задания на обследование мышления условно разделены на две группы:

— первая группа методик направлена на оценку состояния наглядных форм мышления (наглядно-действенного и наглядно-образного);

— вторая группа методик направлена на обследование вербальных (словесных) форм мышления.

Известно, что мыслительная деятельность представляет собой целостный процесс, включающий операции анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации и систематизации. При психологической оценке мышления важно оценить степень сформированное™ всех этих операций.

Принципиальным положением методологии и диагностики нарушений мышления является определение не только актуального уровня его развития, но и потенциальных возможностей, т.е. «зоны ближайшего развития» (по Л.С. Выготскому). С этой целью специально оценивается восприимчивость ребенка к различным видам помощи. Подобный подход в коррекционной педагогике

разработан многими ведущими специалистами (М.С. Певзнер, Т.В. Розановой, Т.В. Егоровой и др.). При этом важное значение для диагностики имеет не только степень, но и характер помощи педагога ребенку.

Методики для оценки разных форм мышления должны быть тщательно подобраны с учетом возраста и включать задания с различными степенями сложности. Обследование начинается с предъявления методик, направленных на диагностику наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, т. е. на первом этапе диагностики оценивается сформированность мышления на практическом уровне. С этой целью ребенку предлагаются задания разбора и складывания пирамидки, задания с досками Сегена, «почтовый ящик», простые варианты «Кубиков Косса», постройки из палочек по образцу и др.

Следующая серия заданий направлена на оценку вербально-логических форм мышления. Эти методики включают задания на определение понятий, сличение и различение понятий, вербальные аналогии и классификацию предметов. Кроме того, предлагаются задания на исключение предметов, оценку понимания сюжетных картин, понимание рассказа со скрытым смыслом, басни.

Все эти задания подбираются в зависимости от возраста и предполагаемого умственного развития ребенка.

Одной из основных методик психологического обследования является классификация предметов. С помощью этой методики обследуется сформированность процессов обобщения и абстрагирования. Кроме того, она дает возможность судить и об особенностях памяти, внимания, умственной работоспособности, критичности и других личностных реакциях.

При проведении обследования ребенку предъявляется набор картинок с изображениями различных предметов, предполагающих категориальную классификацию (одежда, мебель, посуда, игрушки, животные и т. п.). Дается инструкция типа: *Посмотри внимательно на картинку и разложи их так, что к чему подходит.*

На первом этапе диагностики ребенок работает самостоятельно, а педагог или психолог внимательно наблюдает за его действиями. После того как ребенок выложил около 20 карточек, приступают ко второму этапу обследования.

На втором этапе диагностики проводится предварительная оценка результатов первого этапа, ребенку задаются вопросы, почему он положил эти картинки вместе, выясняется, как бы он мог назвать каждую из выделенных групп. Задание предлагается детям от 5 до 7 лет.

На третьем этапе предлагается укрупнить выделенные пуппы на основе одного общего существенного признака. Третий этап задания — с 7 лет.

Следующим, наиболее часто предлагаемым заданием является *исключение предметов*. Целью этого задания также является оценка уровня сформированности обобщения.

При проведении обследования ребенку предлагается набор карточек, на которых изображено по четыре предмета. Три из них относятся к одной категории, четвертый, при внешнем сходстве с остальными, не входит в эту категорию. При этом место в наборе «лишней картинки» меняется. Серии наборов составлены на обобщение по цвету, форме, величине и категориальной характеристике.

Ребенку предлагается следующая инструкция: *Посмотри внимательно на карточку. На ней нарисовано четыре предмета, три из них похожи, их можно назвать одним словом, а четвертый к ним не подходит. Покажи этот неподходящий предмет и скажи, почему он не подходит, как можно назвать эти три похожих предмета.*

В зависимости от успешности выполнения и возраста ребенка задание усложняется.

Задание предлагается детям, начиная с возраста 5 лет, в возрастающей сложности. Дети 5 лет обобщают сходные предметы на функциональном уровне и выделяют «лишний предмет». С 6 лет в обоснование выделения «лишнего предмета» вводится все больше отвлеченных категорий.

Важное место в диагностике словесно-логического мышления имеет *методика объяснения содержания сюжетных картин*. Она применяется, начиная с возраста 5 лет. Ребенку предлагаются сюжетные картинки различной степени сложности: простые, с наглядным изображением всех событий; усложненные, со скрытым смыслом; нелепицы. Ребенку предлагается рассказать о том, что он видит на картинке, и затем придумать по картинке рассказ.

Следующим заданием является *установление последовательности событий* с помощью серии сюжетных картинок. Серии включают от 3 до 6 картинок различной степени сложности: с явным смыслом, со скрытым смыслом и с незавершенным концом Действия.

Ребенку дается следующая инструкция: *Погляди внимательно на картинку. На них представлено одно и то же событие, пределы, с чего все началось, что было потом и чем все закончилось.* Задание предлагается детям, начиная с 5-летнего возраста, с помощью речевой функции. Ребенок 5 лет с сохранным интел-



лектом справляется с заданием, в которое входит серия из 3-4 картинок.

Детям с 5 лет и старше с сохранной речью предлагается также пересказ прочитанного рассказа со скрытым смыслом с оценкой его понимания.

Важное значение для оценки состояния интеллекта имеет исследование *счета и счетных операций*. Эти задания направлены на определение степени знания и воспроизведения числового ряда, сформированности умения пересчета предметов в зависимости от их количества и способа предъявления, оценки возможностей воспроизведения на конкретном материале операций «больше», «меньше», «одинаково».

У детей старшего дошкольного возраста важное значение имеет определение осознанности воспроизведения числового ряда. Ребенка просят посчитать до 10 и более, продолжить числовой ряд с определенной точки отсчета.

Предлагаются также задания на пересчет предметов: *Считай, сколько здесь палочек, кубиков и т. п.*

Оценивается, как ребенок осознает возможность пересчета совокупности разнородных предметов.

Перед поступлением в школу исследуется восприятие цифровых обозначений и их вербализация. Однако возможность выполнения или невыполнения этого задания не имеет важного диагностического значения, так как она формируется в процессе обучения.

Гораздо большее значение имеет оценка возможности сравнивать группы предметов и без пересчета определять, где предметов больше, где меньше, выполнять задания по инструкции: *Положи столько у/се предметов, сколько у меня*. Важно, чтобы ребенок мог выделять без пересчета группы предметов, выполняя задания типа: *Дай три, пять и более предметов*.

Важное значение для определения сформированности понятия о числе имеют задания, направленные на сравнение количества предметов в двух коробках. На первом этапе выполнения задания ребенок показывает, где предметов больше, где меньше. На втором этапе ему дается инструкция уравнивать число предметов в коробках.

При выполнении следующего задания перед ребенком выкладывается определенное число тех или иных предметов (например счетных палочек). На первом этапе выполнения задания ребенок должен без пересчета назвать число палочек, лежащих на столе. Затем экспериментатор просит ребенка закрыть глаза и в этот момент либо добавляет, либо убирает несколько палочек. Ребенок

лжен ответить, что изменилось, что сделал взрослый: убрал или прибавил несколько палочек и сколько.

Таким образом, на основе комплексной диагностики проводится дифференциация различных форм задержки психического развития, отграничение их от умственной отсталости, оцениваются интеллектуальные возможности детей с тяжелыми нарушениями речи, с церебральным параличом, с ранним детским аутизмом и другими нервно-психическими и соматическими заболеваниями.

Особую специфику имеет обследование детей раннего возраста с нарушениями слуха и речи. В этих случаях важное значение имеет метод наблюдения за поведением и игрой ребенка. Обращается внимание на то, как он играет с кубиками, пирамидкой и другими игрушками, проявляет ли он к ним интерес и использует ли их по назначению.

#### 5.2.5. Нейропсихологическое обследование

Нейропсихология как наука является составной частью медицины (клинической неврологии, нейрохирургии), клинической психологии. Предметом нейропсихологии является изучение соотношения топической локализации различных мозговых функциональных систем с представлениями о структурно-системной организации высших психических функций (А.Р. Лурия, 1973; Л.С. Выготский, 1982; Е.Д. Хомская, 1987). Успехи фундаментальной и экспериментальной нейропсихологии нашли свое отражение в многочисленных методиках нейропсихологической диагностики (А.Р. Лурия, Э.Г. Симерницкая; И.Ф. Марковская; Л.И. Вассерман с соавт.; Л.С. Цветкова; Э.Г. Симерницкая, И.А. Скворцов, Л.И. Московичюте и др.) Последняя методика предназначена для детских неврологов и педагогов-дефектологов в модифицированном варианте (И.А. Скворцов, Г.А. Адашинская, И.В. Нефедова).

Основная задача нейропсихологического обследования — выявить психофизиологические механизмы и причины нарушений процессов развития и социальной адаптации ребенка. Кроме того, нейропсихологическая диагностика позволяет определить зону поражения коры больших полушарий — топический диагноз, выделить и провести анализ сохранных высших психических функций, получить общую клинико-психологическую картину нарушения психической деятельности ребенка, разработать рекомендации о проведении адекватной коррекционно-восстановительной работы совместно специалистов и родителей.

Обследование включает пробы и тесты для исследования высших психических функций: гнозиса, праксиса, речи, памяти и мышления. В специальных таблицах представлены описание проб и возможных неправильных ответов, нейропсихологическая трактовка нарушений и связь с дисфункцией определенных мозговых структур, рекомендации для специалистов и родителей по психокоррекции в форме коррекционно-развивающих игр и специальных упражнений.

Стереогноз исследуется с помощью ощупывания предметов и их узнавания с закрытыми глазами; зрительный гнозис — при узнавании различных изображений, в том числе и недорисованных, заштрихованных, выделении фигуры из фона и т. п. Кинестетическая основа движений исследуется с помощью различных положений пальцев рук; пространственный праксис — при воспроизведении определенного положения руки по отношению к различным частям тела. Исследование динамического праксиса включает пробы на смену положения кисти, рисование заданного узора правой рукой. Слухо-моторная координация исследуется по воспроизведению ритмов. Исследование речи включает показ называемых предметов на картинках, повторение звуков, слогов, слов и фраз. Пробы на слухо-речевую память включают повторение слов в заданном порядке, пересказ короткого текста. Развитие интеллекта оценивается с помощью рисунков, задач, диагностических проб на чтение, письмо, счет.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. В чем суть современной концепции психического дизонтогенеза, разработанной В.В. Ковалевым?
2. Назовите психологические параметры психического дизонтогенеза, выделенные В.В. Лебединским.
3. Какие общие закономерности психического дизонтогенеза были обобщены В.И. Лубовским?
4. Назовите основные принципы комплексного клинико-психолого-педагогического обследования.
5. Какие методы медицинской диагностики являются основными?
6. В чем заключается специфика психопатологического исследования?
7. Какие клинические варианты течения отмечаются при наследственно обусловленных дефектах обмена?
8. Какие проявления характерны для фенилкетонурии и гистидинемии?
9. Как проявляется синдром Вильямса (лицо эльфа)?
10. Расскажите о наследственных болезнях, сочетающихся с ожирением. Синдромы Барде-Бидля и Прадера-Вилли.
11. Какие клинические проявления характерны для синдрома Дауна?

Что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике ДЦП? \*

Каковы задачи психопатологического исследования?

Назовите основные методы педагогической диагностики? 1 5 В чем состоит

метод «педагогической оценки» в диагностике отклонений в развитии?

16 В чем сущность констатирующего и обучающего эксперимента?

17 Какие задания используются для диагностики развития мышления?

18 Какие методы используются для диагностики различных речевых расстройств и оценки коммуникативного поведения?

### Рекомендуемая литература

Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М., 1975

Бадалян Л.О. Невропатология. М., 2000.

Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. М., 1980.

Борякова Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития. М., 2000.

Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. М., 2003.

Брано М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. М., 1971.

Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. СПб., 1997.

Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / Под ред. С.Г. Шевченко. М., 2001.

Диагностика и коррекция психического развития дошкольника. Минск, 1997.

Дунаева З.М., Ростягашова Л.И. Анализ данных клинико-психолого-педагогического обследования детей раннего возраста, консультированных в консультативно-диагностическом центре ИПК РАО (1999-2000). Альманах. Вып. 2.

Жукова Н.С., Мاستюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М., 1990.

Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981.

Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Ранние неврологические проявления минимальной мозговой дисфункции. М., 1981.

Забрамная С.Д. От диагностики к развитию. М., 1998.

Забрамная С.Д., Боровик О.В. Практический материал для психолого-педагогического обследования детей. М., 2002.

Забрамная С.Д., Исаева Т.Н. Изучаем, обучая. М., 2002.

Иванова А.А. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. М., 1976.

Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981.

Казьмин А.С., Деникина Л.В. Методика оценки психомоторного развития детей до 12 месяцев жизни // Вопросы охраны материнства и детства. 1990. № 4.

Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М., 1992.

Лебединская К.С., Никольская О.С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. М., 1988.

Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. М., 1991.

Левченко И.Ю. Патопсихология. Теория и практика. М., 2001.

Лептес Н.С. Умственные способности и возраст. М., 1971.

Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.

Лурья А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

Маркова А.К., Лидере А.Г., Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. Петрозаводск, 1992.

Марковская И.Ф. Нейропсихологическая диагностика нарушений психического развития. М., 1994.

Марковская И.Ф., Лебединский В.В., Лебединская К.С. Прогностическое значение нарушения высших корковых функций у детей с задержкой психического развития. Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии. Л., 1981.

Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. М., 1992.

Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Симптомы ранних речевых нарушений у детей с церебральным параличом // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. №5.

Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Основы генетики. Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии / Под общей ред. проф. В.И. Селиверстова и проф. Б.П. Пузанова. М., 2003.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 1997.

Переслени Л.И., Мастюкова Е.М. Задержка психического развития. Вопросы дифференциальной диагностики // Вопросы психологии. 1989. № 1.

Семенович А.В. Межполушарная организация психических процессов у левшей. М., 1991.

Семенович А.В. Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития // Таврический журнал психиатрии. 1999. № 3. Т. 3.

Стребелева Е.А., Ветер А.Л., Екжанова Е.А. Специальная дошкольная педагогика. М., 2001.

Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1965. Т. 3.

Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., 1973.

Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.

## Глава 6. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ

формирование готовности к школьному обучению у ребенка значительной степени связано с развитием его нервно-психических функций, что, в свою очередь, обусловлено созреванием организма и прежде всего ЦНС. Вместе с тем, известно, что созревание тех или иных функций ускоряется в процессе активного функционирования ЦНС. Обучение и активная умственная деятельность ребенка в обучении являются мощными факторами, ускоряющими биологический процесс созревания ЦНС.

Обучаемость рассматривается как восприимчивость к обучению, к дозированной помощи, возможность к обобщению, построению ориентировочной основы деятельности (Б.Г. Ананьев, Н.А. Менчинская, З.И. Калмыкова, А.Я. Рыванова, С.Я. Рубинштейн, П.Я. Гальперин, Н.Ф. Талызина).

Важное значение имеет не только интеллектуальная, но и личностная и социально-психологическая готовность к обучению. Среди этих параметров важно учитывать волевую готовность ребенка к школе.

У.В. Ульяновская разработала специальные диагностические критерии готовности к обучению детей шестилетнего возраста с задержкой психического развития. Среди этих параметров выделены следующие структурные компоненты учебной деятельности:

- ориентировочно-мотивационные;
- операционные;
- регуляторные.

На основании этих параметров автором была разработана уровневая оценка сформированности общей способности к учению детей с ЗПР. Эта оценка проводилась в процессе диагностического обучения, которое включало ряд заданий, типа выкладки-вания елочек из геометрических фигур, рисования флажков по образцу, а также выполнения заданий по вербальной инструкции взрослого.

Автор выявила принципиальные различия в выполнении этих заданий нормально развивающимися дошкольниками и детьми с ЗПР. Нормально развивающийся дошкольник в процессе выполнения этих заданий легко обучался работать по заданию взрослого, контролировать свои действия, адекватно оценивать свои успехи и неудачи.

У шестилетних детей с ЗПР была выявлена более низкая способность к обучению, отсутствие интереса к занятию по заданию,



отсутствие саморегуляции и контроля, а также критического отношения к результатам своей деятельности.

С.Г. Шевченко было показано, что неготовность детей с ЗПР к обучению находит свое отражение в несформированности сюжетно-ролевых игр и представлений об окружающем мире.

Важным показателем готовности детей к обучению грамоте считается ориентировка их в речевой деятельности (Р.Д. Тригер). На основе совершенствования сенсорного языкового опыта ребенок должен овладеть элементарными навыками звукового анализа, он должен уметь последовательно вычленять звуки из слов, устанавливать их последовательность и место в слове.

Важное значение для обучения детей с особыми проблемами развития имеет их готовность к усвоению счета. Для этого прежде всего важно научить детей выполнять различные классификации и группировки предметов по существенным признакам, активизировать мыслительные операции, развивать пространственные представления.

Показателем готовности к усвоению счета у детей является возможность правильного восприятия цифровых обозначений в пределах первого десятка, умения пересчета предметов, в том числе и в конфликтных условиях (например, предъявление предметов разного цвета или разного размера, возможности пересчета предметов с предварительной их сортировкой). Особо важное значение имеет сформированность понятия о числе, т. е. ребенок воспринимает цифровые обозначения в пределах 10 и вербализирует их.

Кроме того, он должен владеть формальными операциями: *больше, меньше, равно*. Ребенок также должен уметь сравнивать количество предметов, независимо от их формы и величины. Отвлекаясь от цвета и величины, он должен правильно отвечать на вопрос: *сколько?*

Важное значение имеют:

— оценка готовности руки к письму, т. е. возможности правильного захвата карандаша или ручки и движения руки слева направо под контролем зрения;

— развитие функции активного внимания и памяти.

Диагностика готовности ребенка к школьному обучению также важна. Существуют различные подходы к проведению этой диагностики, например в Институте коррекционной педагогики разработан психодиагностический комплекс, включающий три методики:

— методика исследования особенностей прогностической деятельности («Угадайка»), созданная Л.И. Переслени и В.Л. Подобедом;

— цветные прогрессивные матрицы Дж. Равена в модификации Т.В. Розановой;

— методика диагностики словесно-логического мышления, разработанная Э.Ф. Замбацкая по принципу, использованному Р. Амтхауэром, и модифицированная Л.И. Переслени и Е.М. Мастюковой, прошедшая экспериментальную проверку (Л.И. Переслени, Е.М. Мастюкова, Л.Ф. Чупров, 1989, 1990).

Эта методика предназначена для диагностики прогностической деятельности, которая сама по себе является важным нейропсихологическим показателем готовности ребенка к обучению, с учетом особенностей развития внимания, памяти и мышления.

Методический материал состоит из трех наборов карточек размером 4х4 см с написанными на одной стороне печатными буквами А или Б (размер букв — 2-2,5 см). С лицевой и оборотной стороны карточек мелкими цифрами отмечен порядковый номер карточки (нумерация карточек в каждом наборе начинается с единицы).

Детский вариант методики ориентирован на возраст детей от 6 лет. Первый набор имеет 20 карточек с последовательностью **АБАБ...**, повторяющейся в 10 циклах; второй набор — 60 карточек с последовательностью **ББАА...**, повторяющейся в 15 циклах; третий набор — 60 карточек с последовательностью **АББ...**, повторяющейся в 20 циклах.

### Ход исследования

Перед предъявлением первого набора ребенку показывают две карточки с написанными на них буквами А и Б и дается следующая инструкция: *Здесь у меня только такие карточки, смотри А и Б, других у меня нет. Твоя задача угадать, в каком порядке следуют буквы здесь. (Экспериментатор указывает на первую стопку карточек.) Все твои ошибки я буду записывать. Итак, начали! Какая сейчас будет буква?*

После того как ребенок назовет букву, взрослый переворачивает карточку и показывает букву ребенку, чтобы он увидел правильно ли выполнил задание. Подобная процедура повторяется до конца набора. Отработанные карточки складываются в стопку изображением вниз. Одновременно в протоколе записываются номера карточек, в угадывании которых допущена ошибка. Минимальное количество предъявленных карточек — 12.

По окончании первого набора экспериментатор одобряет действия ребенка, обращает его внимание на то, что в следующем задании порядок расположения карточек будет изменен, затем таким

же способом предъявляется второй набор. Ошибки фиксируются в протоколе тем же способом.

Инструкция перед предъявлением второго набора: *Здесь у меня те же самые буквы, только лежат они в другом порядке. Твоя задача угадать, в каком порядке они идут и сделать как можно меньше ошибок. Все ошибки я буду записывать. Начали! Какая сейчас будет буква?*

Обследуемый представляет второй набор, складывая отработанные карточки изображениями вниз в отдельную стопку, записывая так же номера карточек, предсказания которых были неправильными.

По окончании предъявления второго набора, без предупреждения об изменении порядка чередования букв, но стимулируя его работать как можно внимательнее, предъявляется третий набор.

Инструкция: *Угадай, а сейчас?*

Ребенку предъявляется третий набор, отработанные карточки складываются в третью стопку.

Инструкция по окончании предъявления всех трех наборов: *А сейчас вспомни, пожалуйста, как чередовались буквы в первом наборе?* Ребенку при этом показывается стопка карточек первого набора.

Ответ ребенка записывается в протоколе. После этого ребенку задается вопрос: *А сейчас вспомни, как чередовались буквы во втором наборе!* Также записывается ответ. Та же процедура повторяется и с третьим набором. При анализе результатов учитываются качественные и количественные показатели. Основными показателями являются: количество ошибок и стратегия прогнозирования.

Количество ошибок от 0 до 12 расценивается как быстро формирующийся прогноз; от 12 до 17 — медленно формирующийся прогноз.

Практика показывает, что данная методика, наряду с другими методами обследования, является полезной для оценки готовности к школьному обучению.

Психодиагностика словесно-логического мышления включает четыре субтеста.

Первый субтест направлен на выявление уровня общей осведомленности об окружающем и способности выделять существенные признаки предметов и явлений окружающей действительности.

С помощью второго субтеста выявляется сформированность понятий.

Третий субтест направлен на оценку сформированности логического мышления и четвертый — на сформированность обобщения.

Методика рассчитана на детей в возрасте от 7 лет. Обследование всегда проводится индивидуально; время обследования не ограничено. Все задания читаются вслух экспериментатором.

### Первый субтест

1. у сапога всегда есть...  
*шнурок, пряжка, подошва, ремешки, пуговицы*
2. В теплых краях живет...  
*медведь, олень, волк, верблюд, пингвин*
3. В году...  
*24мес., 3мес., 12мес., 4мес., 7мес.*
4. Месяц зимы...  
*сентябрь, октябрь, февраль, ноябрь, март...*
5. В нашей стране не живет...
6. Отец старше своего сына...  
*часто, всегда, никогда, редко, иногда*
7. Время суток... \*  
*год, месяц, неделя, день, понедельник*
8. У дерева всегда есть...  
*листья, цветы, плоды, корень, тень*
9. Время года... -V  
*август, осень, суббота, утро, каникулы*
10. Пассажирский транспорт...  
*комбайн, самосвал, автобус, экскаватор, тепловоз*

### Второй субтест

Задача: выделение неподходящего слова.

1. Тюльпан, лилия, фасоль, ромашка, фиалка.
2. Река, озеро, море, мост, пруд.
3. Кукла, прыгалки, песок, мяч, юла.
4. Стол, ковер, кресло, кровать, табурет.
5. Тополь, береза, орешник, липа, осина.
6. Курица, петух, орел, гусь, индюк.
7. Окружность, треугольник, четырехугольник, указка, **квадрат**.
8. Саша, Витя, Стасик, Петров, Коля.
  - Число, деление, сложение, вычитание, умножение.
  - Веселый, быстрый, грустный, вкусный, осторожный.



### Третий субтест

<b>1. Огурец</b> овощ	<b>Гвоздика</b> сорняк, роса, садик, цветок, земля
<b>2. Огород</b> морковь	Сад забор, грибы, яблоня, колодец, скамейка
<b>3. Учитель</b> ученик	<b>Врач</b> очки, больница, палата, больной, лекарство
<b>4. Цветок ваза</b>	<b>Птица</b> клнов, чайка,
<b>5. Перчатка</b> рука	гнездо, перья, хвост <b>Сапог</b> чулки,
<b>6. Темный</b> светлый	подошва, кожа, нога, щетка <b>Мокрый</b> солнечный, скользкий,
<b>7. Часы</b> время	сухой, теплый, холодный
<b>8. Машина</b> мотор	<b>Градусник</b> стекло, больной, кровать, температура, врач
<b>9. Стол</b> скатерть	<b>Лодка</b> река, маяк, парус, волна, берег ?
<b>10. Стол</b> деревянный	Пол мебель, ковер, пыль, доски, гвозди. <b>Игла</b> острая, тонкая, блестящая, короткая, стальная

### Четвертый субтест

1. Окунь, карась...
2. Метла, лопата...
3. Лето, зима...
4. Огурец, помидор...
5. Сирень, орешник...
6. Шкаф, диван...
7. Июнь, июль...
8. Слон, муравей...
9. День, ночь...
10. Дерево, цветок...

Все указанные пробы правильно выполняются 95% и более нормально развивающимися сверстниками-первоклассниками.

Дополнительно разработан краткий вариант метода, который выполняют 80% первоклассников.

Если ребенок не выполняет задания, то это может указывать на несформированность словесно-логического мышления.

При оценке полученных данных важно учитывать особенности речевого развития, наличие или отсутствие слухо-речевых дефектов.

Кроме представленных заданий, важное значение для диагностики готовности к школьному обучению имеют и многие другие, пример классификация объектов по двум признакам. С этой лью может быть предложена методика, представляющая собой модификацию лото В.М. Когана<sup>1</sup>.

Ребенку предлагается таблица, расчерченная на квадраты, в вертикальном ряду которой обозначены выпуклые неокрашенные геометрические формы (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, ромб, трапеция), а в горизонтальном — бесформенные цветные мазки 7 цветов.

Предлагается также набор геометрических фигур всех перечисленных форм и цветов, размер фигур соответствует размеру образцов фигур вертикального ряда.

Одновременно с раскладкой первых трех фигур дается инструкция: *Найди место для каждой фигурки так, чтобы у каждой фигурки был свой цветной домик.*

Взрослый раскладывает первые три карточки и предлагает ребенку продолжить выполнение задания.

Если ребенок испытывает трудности, ему оказываются различные виды помощи, которые учитываются при оценке результатов выполнения задания. Помощь может быть оказана в виде объяснения принципа классификации, показа правильного выполнения задания и сочетания объяснения принципа действия и показа. Считается, что задание доступно детям в возрасте от 5 лет. Дети 7 лет, готовые к школьному обучению, обычно не испытывают никаких трудностей в выполнении этого задания.

При оценке выполнения заданий, направленных на определение готовности к школьному обучению, важно отметить особенности основных структурных компонентов мыслительной деятельности ребенка. Прежде всего нужно обратить внимание на то, как ребенок принимает задание.

Анализ принятия задачи, поставленной перед ребенком, позволяет оценить мотивацию и процессы регуляции целенаправленной деятельности, что является важным при предъявлении всех заданий. Если ребенок недостаточно принимает поставленные перед ним задачи, то это может быть связано с целым рядом факторов. Прежде всего это может иметь место при инфантилизме за счет незрелости регуляторных механизмов, недостаточности внимания, детей с речевыми нарушениями это может быть связано как с

недостаточностью регулирующей функции речи, так и с затруднениями в понимании инструкции.

Кроме оценки принятия задания, необходимо отметить специфику его выполнения, обратив особое внимание на возможность программирования собственной деятельности. При несформированности операций программирования ребенок обычно может самостоятельно выполнять лишь отдельные фрагменты задания. У него отсутствует план последовательных действий, и для завершения задания необходима помощь взрослого. Такой тип выполнения заданий также характерен для детей с различными формами инфантилизма, а также для детей с аутизмом.

Выраженные нарушения деятельности характерны для детей с легкой мозговой дисфункцией, особенно при наличии у них гипертензионно-гидроцефального синдрома (повышения внутричерепного давления).

Оценка организации исполнительного компонента мышления имеет важное значение для диагностики.

Не менее важно оценить сформированность у ребенка функции контроля за собственной деятельностью. Известно, что одной из общих закономерностей аномального психического развития является недостаточность регуляторных процессов (В.И. Лубовский). Кроме того, недостаточность функции контроля может иметь место у детей с низкой умственной работоспособностью. В этих случаях число ошибок нарастает по мере продолжительности выполнения задания.

Таким образом, для диагностики важное значение имеет не только констатация выполнения или невыполнения задания, но и оценка динамики деятельности, целенаправленности, функции текущего контроля, а также использование различных видов дозированной помощи взрослого. Последний показатель является особенно важным для дифференциальной диагностики различных видов нарушений мыслительной деятельности. Качественный анализ особенностей мыслительной деятельности имеет важное значение для решения вопроса о готовности ребенка к обучению.

Кроме того, готовность ребенка к обучению предполагает сохраненный фонематический слух, полноценную устную речь, сформированность пространственных представлений, достаточный уровень развития зрительно-моторной координации и «готовности руки к письму». Поэтому при оценке готовности ребенка к обучению важно оценить все эти параметры, а также выявить возможности слухового, слухо-артикуляторного анализа, т. е. возможности выделения и квалификации звука и перешифровки его на букву.

## ООСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Что такое готовность к обучению и какими факторами она определяется? Какие диагностические критерии готовности к обучению разработаны для детей 6-летнего возраста с задержкой психического развития? Какие особенности психического развития ребенка являются показателем его неготовности к обучению?

- Какая методика, предназначенная для диагностики прогностической деятельности, является важным нейropsychическим показателем готовности ребенка к обучению?

- Какие субтесты включает методика диагностики словесно-логического мышления, модифицированная Л.И. Переслени и Е.М. Мастюковой?

- В чем суть метода цветных прогрессивных матриц Равенна в модификации Т.В. Розановой?

- Опишите методику классификации объектов по двум признакам В.М. Когана, модифицированную О.Н. Усановой. На какие особенности структурных компонентов мыслительной деятельности ребенка следует обратить внимание при оценке выполнения задания?

## Рекомендуемая литература

- Венгер Л.А. Психологическая готовность к обучению в школе. М., 1985.  
Венгер А.Л., Венгер Л.А. Готов ли ваш ребенок к школе? М., 1994.  
Коррекционная педагогика. Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Под ред. Б.П. Пузанова. М., 1998.  
Методика обследования готовности к школьному обучению детей 5-7 лет. СПб., 1992.  
Лубовский В. С. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). М., 1978.  
Нижегородцева Н.В., Шадриков В.Д. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе. М., 2001.  
Переслени Л.И., Мастюкова Е.М., Чупров Л. Ф. Психодиагностика особенностей словесно-логического мышления младших школьников. Абакан, 1990.  
Психодиагностика: теория и практика / Пер. с немецкого / Общая Ред. и вступит. статья чл.-корр. АПН СССР Н.Ф.Талызиной. М., 1986.  
Льенкова У.В., Кисова В.В. Экспериментальное изучение формирования саморегуляции в структуре общей способности к учению у детей с задержкой психического развития // Дефектология. № 1



## Глава 7. РОЛЬ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ

Данные электроэнцефалографического исследования как показатели готовности к школьному обучению многими авторами рассматриваются в соответствии латерализации функций<sup>1</sup>.

В настоящее время показано, что отклонения от нормальной латерализации (несовпадение доминантности по руке, ноге и глазу) наиболее часто наблюдаются у детей с трудностями обучения и нарушениями речевого развития.

Известно, что к 7-летнему возрасту имеет место уже достаточная зрелость кортикальных функций, что и составляет основу готовности ребенка к обучению. К этому же возрасту проявляется устойчивость основной ритмики на электроэнцефалограмме, появляется достаточно устойчивый альфа-ритм, регистрируемый в задних областях полушарий головного мозга. Электрофизиологические показатели отражают процесс созревания ЦНС и обычно совпадают с данными, указывающими на психологическую готовность ребенка к обучению.

Электроэнцефалографическое обследование детей с завершенной и недозавершенной латерализацией показало, что у правшей с правым ведущим глазом и полных левшей ЭЭГ соответствует возрастной норме. У детей же с незавершенной латерализацией и нормальным психическим развитием ЭЭГ имела незрелый характер и не соответствовала возрастной норме. У этих детей в лобно-центральных областях наблюдалось преобладание тета-ритма<sup>2</sup>.

При обследовании детей с перинатальной энцефалопатией и общим недоразвитием речи выявлен значительно больший процент неправоруких по сравнению со здоровыми сверстниками<sup>3</sup>.

Кроме того, у этих детей данные ЭЭГ существенно отличаются от ЭЭГ здоровых сверстников (Е.М. Мастюкова, 1978; О.А. Вятлева, Л.М. Пучинская, Т.А. Сунгурова, 1991 и др.).

Прежде всего обращало на себя внимание отсутствие или слабая выраженность альфа-ритма с преобладанием высокоамплитуд-

<sup>1</sup> Вятлева О.А., Пучинская Л.М., Сунгурова Т.А. Электроэнцефалографические показатели зрелости кортикальных областей в соотношении с латерализацией функций у детей 6-7 лет // Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. М.: Прометей, 1991. С. 18-30.

<sup>2</sup> Там же.

Там же.



" синхронизированной полиморфной, часто пароксизмальной НоИ вности, в которой в ряде случаев проявлялись эпилептиформные знаки.

у детей с тяжелыми нарушениями речи при ЭЭГ-обследовании является задержка развития ассоциативных и речевых зон коры В повного мозга, которая сочетается с неполной латерализацией функций.

Незавершенность латерализации кортикальных функций к началу школьного обучения характерна и для многих детей с ЗПР.

В настоящее время установлено, что выявление незавершенной латерализации кортикальных функций с помощью ЭЭГ-исследования имеет важное значение в оценке готовности детей к обучению в школе. Особенно это касается детей с различными отклонениями в развитии.

При оценке готовности к обучению детей с тяжелыми нарушениями речи необходимо учитывать комплекс показателей, включающих клиническое и Электроэнцефалографическое обследование, особенности когнитивной деятельности. Речевой дефект всегда следует рассматривать в общей структуре психического развития ребенка и с учетом завершенной или незавершенной латерализации.

Таким образом, при оценке готовности к обучению детей с локальными двигательными или речевыми расстройствами важное значение имеет ЭЭГ-обследование в сочетании с оценкой доминантности данного ребенка. Для оценки доминантности разработаны целые серии специальных тестов. Прежде всего необходимо выяснить у родителей, считают ли они своего ребенка право- или леворуким, выяснить доминантность у родителей и наличие левшей среди ближайших родственников.

Затем поинтересоваться, какой рукой рисует и пишет ребенок, какой рукой он держит ложку, зубную щетку, ластик и т. п.

Кроме выявления латерализации корковых функций, ЭЭГ-обследование позволяет выявить общие и локальные изменения электроактивности мозга, которые имеют большое значение для диагностики и решения вопроса о готовности ребенка к обучению.

Так, особое внимание следует обратить на наличие эпилептиформной, пароксизмальной активности на ЭЭГ. В тех случаях, когда эпилептиформная активность на ЭЭГ регистрируется преимущественно в корковых речевых зонах левого полушария и у ребенка имеет место стойкое системное общее недоразвитие речи или более четко выражена сенсомоторная алалия, необходимо думать об особом заболевании — синдроме Ландау-Клеффнера.



Синдром, впервые описанный в 1957г., характеризуется сочетанием эпилепсии с острой или менее острой сенсомоторной афазией или с алалией.

При афазии заболевание возникает остро, без видимой причины и проявляется в утрате возможности понимать обращенную речь и говорить. Судорожные приступы в одних случаях предшествуют афазии, в других — возникают через определенный срок после потери речи. Они могут также проявляться атипично, и их эпилептическая структура может быть определена лишь с помощью ЭЭГ. Речевой дефект отличается стойкостью и сочетается со специфическими нарушениями поведения и интеллекта. Дети часто отличаются двигательной расторможенностью, аффективной возбудимостью, расстройствами внимания. Многие из них проявляют стойкий речевой негативизм.

При алалии с первых лет жизни выявляется стойкое системное недоразвитие речи, сочетающееся с нарушениями поведения и умственной работоспособности. У ребенка в значительной степени нарушено коммуникативное поведение, в некоторых случаях оно напоминает нарушение поведения при аутизме. Без электроэнцефалографического обследования такой ребенок может быть направлен в школу для детей с тяжелыми нарушениями речи. Однако пребывание в школе ему противопоказано, так как это может усилить проявления судорожного синдрома. Такой ребенок обычно нуждается в индивидуальном обучении на дому. Диагностика данного синдрома имеет важное значение для реабилитации этих детей, которая обязательно включает медикаментозное лечение и психолого-педагогическую коррекцию.

Электроэнцефалографическое обследование позволяет также заподозрить особую форму интеллектуальной недостаточности, сочетающейся с дефектами речи и аутистическим поведением — синдром ломкой X-хромосомы.

Интенсивные исследования, проводимые в последние годы во многих странах, показали высокую частоту этого заболевания. В среднем, в общей популяции частота этого заболевания составляет 1:1350-1:1630 у мальчиков.

Выявление детей с синдромом ломкой X-хромосомы имеет важное значение для своевременной психолого-педагогической коррекции и лечения. Для диагностики этого заболевания определенное значение имеет Электроэнцефалографическое обследование.

При электроэнцефалографическом обследовании имеют место своеобразные изменения, специфичные именно для этого заболевания. Они проявляются в виде преобладания полиморфной мед-

волновой активности в теменно-затылочных отделах коры <sup>лен</sup> ого мозга в сочетании со слабой выраженностью или отсутствием альфа-ритма.

Электроэнцефалографическое обследование имеет важное значение для дифференциации различных форм задержки психического развития, в частности, для разграничения осложненных и осложненных ее форм с преобладанием дизонтогенетических или энцефалопатических форм.

При дизонтогенетических формах задержки психического развития преобладает незрелость корковой ритмики, при энцефалопатических — имеет место сочетание незрелости корковой ритмики и признаков повреждения тех или иных мозговых структур.

Таким образом, электроэнцефалографические показатели в сочетании с клиническими и психолого-педагогическими данными имеют важное значение как в определении готовности к школьному обучению, так и для постановки клинического диагноза, определения школьного и социального прогноза. В этом аспекте особо важное значение имеет выявление с помощью ЭЭГ-обследования субклинической судорожной готовности. В этих случаях при отсутствии явного судорожного синдрома ребенок нуждается в специальном охранительном режиме, наблюдении, а часто и в специальном лечении. Такой ребенок, даже при наличии психологической готовности к обучению, далеко не во всех случаях может быть направлен в школу. Решение вопроса о его обучении, нагрузке, режиме требует комплексного подхода специалистов.

## Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какое значение имеют электроэнцефалографические показатели в определении готовности ребенка к школьному обучению?
2. Какие особенности ЭЭГ характерны для детей с перинатальной энцефалопатией и общим недоразвитием речи? <sup>3</sup> - Какие особенности ЭЭГ отмечаются у детей с синдромом ломкой X-хромосомы?
  - Чем характеризуется ЭЭГ при синдроме Ландау-Клеффнера?
  - Какую роль играет ЭЭГ-обследование в диагностике различных форм задержки психического развития?Какое значение имеет ЭЭГ-обследование для выявления субклинической судорожной готовности?
  - Какое значение имеет ЭЭГ-обследование для выявления латерализации Ции корковых функций?



## Рекомендуемая литература

Вятлева О.А., Пучинская Л.М., Сунгурова Т.А. Электроэнцефалографические показатели зрелости кортикальных областей в соотношении с латерализацией функций у дошкольников с речевыми нарушениями М., 1991.

Московкина А.Г., Благосклонова Н.К. О возможностях ЭЭГ-диагностики гетерозиготного носительства синдрома Мартина-Белла // Генетика. 1991. № 10.

Смирнов В.М. Электрофизиологические корреляты психической деятельности детей. В кн.: Нейрофизиология и высшая нервная деятельность детей и подростков. М., 2000.

Фишман М.Н. и др. Особенности функционального состояния мозга детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1998. № 1.

## раздел второй

### ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА (содержание и методы)

#### Глава 1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Понятия «специальная педагогика» и «лечебная педагогика» близко совпадают, что определяется общностью целей, задач, ролью лечебных мероприятий для эффективной коррекционно-развивающейся работы.

Лечебная педагогика понимается нами как система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение, лечение и коррекцию различных отклонений в развитии, нервно-психических и соматических нарушений, которые могут привести к стойкой инвалидизации, школьной и социальной дезадаптации.

Лечебная педагогика — это комплексное воздействие на организм и личность ребенка. В ее задачи входит стимуляция умственного и физического развития, коррекция имеющихся отклонений в развитии (отставания в психическом развитии, поведении, речи, нарушения общения, моторики и других психомоторных функций) с целью всестороннего развития больного ребенка.

При проведении лечебно-педагогических мероприятий следует опираться на сохраненные функции и возможности ребенка.

Лечебная педагогика тесно связана с клинической медициной, в первую очередь с педиатрией, с детской неврологией и психиатрией, а также психотерапией, возрастной физиологией.

Различают *общую* и *частную* лечебную педагогику. Частная лечебная педагогика основывается на специфике отдельных заболеваний и отклонений в психомоторном развитии.

Основные задачи лечебной педагогики заключаются в разработке специальных индивидуальных и групповых методов и программ, направленных на коррекцию нарушенных функций и стимуляцию психомоторики ребенка и эмоционально-личностное его Развитие.

Важнейшей задачей лечебной педагогики является также психотерапевтическое воздействие на ребенка и его семью с разработкой программ семейного воспитания, семейной психотерапии, адекватного, развивающего взаимодействия матери и ребенка.

На основе анализа структуры ведущих нарушений, обуславливающих отставание в развитии и дезадаптацию ребенка к окружающей среде, лечебная педагогика решает как общие педагогические и общевоспитательные задачи, так и сугубо специфические коррекционные, с учетом специфики аномального развития и индивидуальных особенностей ребенка и его семьи.

В настоящее время роль лечебной педагогики в воспитании и подготовке к обучению детей с отклонениями в развитии резко возрастает. Это связано как с увеличением числа детей, нуждающихся в специальной лечебно-педагогической помощи, так и с гуманизацией образования, обуславливающей необходимость создания специальных условий для успешного обучения каждого ребенка, в том числе и детей с отклонениями в развитии, различными неврологическими, психическими и хроническими соматическими заболеваниями. Увеличивается число детей, которые без специальной подготовки с применением лечебно-педагогических мероприятий не могут успешно начать обучение в школе. Условно они объединяются в *группу детей с особыми потребностями*. Среди них есть дети с задержкой психического развития, речевыми, сенсорными и двигательными дефектами, неконтактные дети, больные с хроническими соматическими заболеваниями и, в том числе, с так называемым *врожденным иммунодефицитом*, когда ребенок при нормальном умственном развитии отличается резкой соматической ослабленностью и повышенной склонностью к различным заболеваниям внутренних органов. Многие из этих детей являются лежачими больными, и их обучение проводится либо на дому, либо в стационарных детских больницах.

Среди детей с особыми нуждами большую группу составляют дети с нервно-психическими заболеваниями и отклонениями в развитии. Это дети с нарушениями поведения, больные психическими и неврологическими заболеваниями, такими как детская шизофрения, эпилепсия, миопатия и многими другими. *Особую группу* составляют дети со сложными нарушениями в развитии, у которых имеется несколько отклонений или заболеваний. Например, сочетание отставания в умственном развитии с нарушениями зрения, слуха, поведения, заболеваниями костно-мышечной системы или внутренних органов, эндокринными и другими расстройствами.

Лечебная педагогика является в настоящее время наиболее активно разрабатываемой научно-практической дисциплиной. <sup>р<sup>н</sup></sup> становлению и развитию способствовали труды многих выдающихся отечественных и зарубежных психиатров, педагогов, психологов (В. П. Кащенко, Т. П. Симеон, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев, М. М. Певзнер, Я. Коменский, К. Д. Ушинский, А. С. Макаренко, В. А. Сухомлинский, Томас И. Вейс и др.).

Лечебно-педагогическая работа направлена на развитие у ребенка возможности и желания учиться.

Основным принципом лечебной педагогики является единство лечебного и педагогического процесса. При разработке программы педагогической и воспитательной работы педагог учитывает основные проявления ведущего нарушения, сохранные и компенсаторные возможности ребенка, специфику заболевания или отклонения в развитии, возраст.

Важным принципом лечебной педагогики является необходимость индивидуального подхода к каждому ребенку с учетом специфической структуры аномального развития, общего состояния здоровья, возраста и характерологических особенностей.

Другим важным принципом лечебной педагогики является «принцип соответствия». Это значит, что требования и нагрузки, предъявляемые больному ребенку, должны соответствовать состоянию его здоровья, его физическим и психическим возможностям. Только в этих условиях у ребенка может формироваться уверенность в собственных силах, эмоционально-положительное отношение к занятиям. Рекомендуются, чтобы на начальных этапах работы педагогические требования даже несколько отставали от психофизических возможностей ребенка, что будет способствовать повышению его эмоционального тонуса.

В основе всей лечебно-педагогической работы лежит эмоционально-положительное развивающее взаимодействие педагога и ребенка.

Поощрение, применяемое в процессе этого взаимодействия, формирует у ребенка чувство уверенности и положительную эмоциональную установку.

Лечебная педагогика неразрывно связана с психотерапией и, прежде всего, психотерапией семьи.

Лечебно-коррекционное воздействие должно оказывать положительное влияние не только на ребенка, но и на его семью. Это <sup>очень</sup> важно, так как хорошо известно, что в семье, в которой спитывается больной ребенок, обычно создается особый психический конфликт, особенно в тех случаях, когда члены семьи инауют ощущать безрезультатность или малую эффективность

своих усилий, направленных на стимуляцию развития ребенка. Если же происходит еще и снижение социального статуса семьи, чаще матери, ухаживающей за больным ребенком, то семейный психологический конфликт может углубляться. В этих случаях необходима систематическая семейная психотерапия, одним из основных звеньев которой является обучение матери специальным коррекционным приемам и привлечение ее к работе как со своим ребенком под руководством психотерапевта и педагога-дефектолога, так и постепенно к работе с другими детьми в качестве помощника дефектолога.

Программа педагогической и воспитательной работы строится с учетом общепедагогических и общевоспитательных задач с использованием специфических педагогических приемов и методов, дифференцированных в зависимости от характера заболевания ребенка, специфики нарушенного развития, структуры ведущего нарушения, выраженности вторичных отклонений в развитии, общего уровня физического и умственного развития, возраста, степени социальной и педагогической запущенности и дезадаптации.

Лечебно-коррекционные мероприятия в раннем возрасте, проводимые как в семье родителями, так и на специальных занятиях педагогами, психологами и логопедами, являются мало разработанными. Особенно это касается детей с хроническими соматическими заболеваниями, которые часто сочетаются с нервно-психическими расстройствами, а также детей с нарушениями общения (РДА), нерезко выраженными отклонениями в развитии и сложными, множественными дефектами.

Несмотря на специфические трудности развития и обучения у каждого из детей этих групп, у них выявляются и некоторые общие трудности и закономерности нарушенного нервно-психического развития. Это прежде всего низкая умственная работоспособность, недостаточность концентрации внимания, памяти, незрелость эмоционально-волевой сферы, эмоциональная неустойчивость, отставание в развитии речи, ограниченность запасов знаний и представлений об окружающем, недостаточность моторных функций, отставание в развитии пространственных представлений.

Для некоторых из них характерна аффективная возбудимость, двигательная расторможенность, для других, напротив, вялость, пассивность, недостаточная двигательная и психическая активность, безразличие к окружающему.

Для большинства этих детей характерна недостаточная выраженность познавательных интересов, нарушение и замедление

и переработки сенсорной и речевой информации. К началу школьного обучения у многих этих детей рука «не готова» к письму.

Большие индивидуальные различия в специфике и степени тяжести указанных нарушений развития в значительной степени зависят от характера и времени поражения ЦНС, специфики психического, неврологического или соматического заболевания, а также от генетически обусловленных особенностей организма ребенка.

Большое значение для дальнейшего развития ребенка с отклонениями в развитии имеет не только характер или вариант аномального развития, но и, прежде всего, время начала лечебно-коррекционных и развивающих мероприятий. В настоящее время установлено, что рано начатые и проводимые систематически лечебно-педагогические коррекционные мероприятия могут в значительной степени способствовать более успешному развитию и обучению ребенка. Это связано с тем, что именно в первые годы жизни мозг ребенка развивается наиболее интенсивно.

Кроме того, на ранних этапах развития дети легче усваивают двигательные, речевые и поведенческие стереотипы. Если же при отсутствии лечебно-педагогических и коррекционных мероприятий эти стереотипы изначально сформированы и закрепились неправильно, то впоследствии скорректировать их крайне сложно.

Лечебно-педагогическое воздействие предполагает как преодоление имеющихся отклонений в развитии, так и предупреждение возможных нарушений, связанных с перенапряжением нервной системы, а также с различными психическими травмами, приводящими к возникновению особых болезненных состояний нервной системы, которые легко возникают у детей раннего и дошкольного возраста — неврозов. Чем младше ребенок, тем менее значительные раздражители могут привести к психической травме. Это определяет необходимость обучения родителей и педагогов правильному взаимодействию с ребенком раннего возраста в процессе его воспитания и обучения. Для этого необходимы специальные лечебно-педагогические коррекционно-развивающие программы взаимодействия матери и ребенка, педагога-корректора и ребенка.

До последнего времени многие дети с тяжелыми отклонениями в развитии рассматривались как необучаемые инвалиды, и родителям в основном, рекомендовалось помещать их в учреждения социального обеспечения. В настоящее время положение изменилось. Разработка приемов и методов лечебной педагогики повышает высокую их эффективность при раннем применении



и особенно в тех случаях, когда активным участником проведения лечебно-педагогической работы становится мать, хорошо ориентированная не только в проблемах своего малыша, но и в основных коррекционных направлениях лечебной педагогики. Особое внимание мы обращаем на роль правильно организованного эмоционально-развивающего взаимодействия матери и ребенка и на стимуляцию в процессе этого взаимодействия его психического, речевого и моторного развития. Поэтому важно, чтобы мать больного ребенка овладела основами лечебно-педагогической работы со своим малышом и проводила ее систематически в процессе эмоционального взаимодействия с ним.

При проведении лечебно-педагогических и коррекционных мероприятий с детьми с отклонениями в развитии специалистам важно придерживаться следующих положений:

- исходя из соблюдения прав ребенка, закрепленных в «Конвенции о правах ребенка», максимально стремиться к реализации права на образование, направленное прежде всего на развитие личности, умственных и физических способностей, а также права ребенка с особыми нуждами на сохранение своей индивидуальности;

- включать в коррекционно-развивающие занятия всех, в том числе и самых тяжелых детей с множественными отклонениями в развитии; разрабатывать для каждого из них индивидуальную развивающую и коррекционную программу;

- при оценке динамики продвижения ребенка не сравнивать его с другими детьми, а сравнивать с самим собой на предыдущем этапе развития;

- создавать для ребенка атмосферу доброжелательности, формировать чувство психологической безопасности, стремиться к безопасному принятию ребенка с пониманием специфики его трудностей и проблем развития;

- корректно и гуманно оценивая динамику продвижения ребенка, реально представлять дальнейшие возможности развития и социальной адаптации;

- педагогический прогноз определять на основе углубленного понимания медицинского диагноза, но всегда с педагогическим оптимизмом, стремясь в каждом ребенке найти сохраненные потенциальные возможности, положительные стороны его психического и личностного развития, на которые можно опереться в педагогической работе;

- ко всем детям и особенно к физически ослабленным, легко возбудимым, неуравновешенным следует относиться спокойно, ровно, доброжелательно;

- разрабатывать для каждого ребенка совместно с врачом программу по рациональной организации, гигиене умственной и Физической деятельности, направленной на предупреждение утомления;

- помнить, что признаком переутомления, наряду со снижением концентрации внимания, ухудшением двигательной координации, является нарушение сна. При переутомлении ребенок часто плохо засыпает или, наоборот, быстро засыпает, но потом скоро просыпается и может не спать всю ночь. При переутомлении у ребенка усиливается нервное возбуждение, раздражительность, часто наблюдается слезливость, усиливаются все имеющиеся у него нарушения;

- каждого ребенка необходимо приучить к определенному режиму дня. Вся деятельность ребенка должна быть построена по определенному расписанию;

- весь персонал, работающий с ребенком, должен соблюдать профессиональную этику. Диагноз и прогноз каждого ребенка должны быть предметом профессиональной тайны специалистов;

- при проведении коррекционно-развивающего обучения и воспитания важно усиливать и развивать положительную уникальную неповторимость каждого ребенка, его индивидуальные способности и интересы;

- разрабатывать динамичную индивидуальную развивающую и коррекционную программу для каждого ребенка;

- стимулировать умственное и эмоциональное развитие с опорой на психическое состояние радости, спокойствия, раскованности;

- постепенно, но систематически включать ребенка в самооценку своей работы;

- терпеливо обучать ребенка делать перенос сложившегося способа действия в сходные условия, переключаться с одного способа действия на другой, при выполнении каждого задания стимулировать творчество и изобретательность.

При разработке специальной методики дошкольного и Дошкольного воспитания и обучения необходимо опираться на общие и специфические закономерности возрастного развития как <sup>в</sup> норме, так и при отклонениях в развитии.

Требуется соблюдать основные принципы методического подхода к воспитанию и обучению: создавать специальные условия Для обеспечения мотивационной стороны деятельности, осуществить коммуникативную направленность обучения, строго индивидуализировать обучение, всесторонне развивать у ребенка все



продуктивные виды деятельности: рисование, лепку, ручной труд, аппликации и т. п.

В коррекционной работе важно использовать особые приемы и методики с опорой на различные виды деятельности: предметно-практическую, игровую, элементарную трудовую, все виды продуктивной деятельности, но основное внимание уделять игре как ведущей деятельности этого возрастного этапа развития.

При проведении лечебно-педагогической работы в дошкольном и дошкольном возрасте необходимо научно-практическое обоснование каждого вида занятий в зависимости от индивидуально-личностных, эмоциональных и интеллектуальных возможностей и особенностей данного ребенка: индивидуальных, подгрупповых, фронтальных, а также дифференцированного использования различных игр: дидактических, сюжетно-ролевых, игровых, музыкально-ритмических и др.

Правильное воспитание ребенка с отклонениями в развитии возможно только в том случае, если родители и педагоги понимают его проблемы и при этом семья и особенно мать сохраняют душевное равновесие. Только такая мать становится активным помощником педагогу и прежде всего своему малышу. Она старается как можно лучше понять проблемы своего ребенка, внимательно прислушивается к советам специалистов. Такая мать часто ведет дневник наблюдений за своим малышом. Ведение дневника очень важно не только для родителей, но и для специалистов, наблюдающих ребенка.

Для развития здорового и особенно больного ребенка большое значение имеет его общение с матерью, в ходе которого у ребенка формируется эмоционально-коммуникативное поведение, имеющее важное значение для всего дальнейшего психического развития. Стресс матери, возникающий при рождении больного ребенка, мешает установлению нормальных взаимоотношений со своим малышом. Такая мать скована, напряжена, она редко улыбается, крайне непоследовательна и неровна в обращении с малышом. В результате в этой ситуации не только затруднено проведение лечебно-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию имеющихся нарушений и отклонений в развитии, но у ребенка еще и формируются вторичные невротические реакции, он растет нервным, возбудимым, у него в еще большей степени проявляется отставание в развитии, особенно задерживается развитие речи.

Для того чтобы родители могли быть хорошими помощниками педагогу, важно, чтобы они не замыкались в своем горе, а, оставаясь активными членами общества, постепенно вводили в него и

бенка, постоянно расширяли его контакты с окружающим миром. Важно, чтобы больной ребенок не чувствовал своей исключительности или обделенности. Также необходимо, чтобы и мать чувствовала себя виноватой или неполноценной, оставалась не "у

оивлекательной и общительной, сохраняла свои интересы и увлечения, знакомых и друзей. Ни в коем случае не должны быть ущемлены и интересы здоровых братьев и сестер больного ребенка. Нередко здоровому ребенку в таких семьях уделяют мало внимания, требуют, чтобы он всегда уступал больному, не жаловался на его неадекватные поступки. Все это неблагоприятно отражается на развитии личности как больного, так и здорового ребенка, а также на психологическом климате семьи.

Совершенно недопустима и раздражительность взрослых по отношению к больному ребенку. Нельзя допускать, чтобы родители по пустякам кричали на ребенка, несправедливо наказывали его, ставя в пример здорового брата или сестру и не учитывая при этом ограниченные возможности больного малыша.

При воспитании ребенка с отклонениями в развитии очень важно своевременно развивать у него навыки самообслуживания, включать его в жизнедеятельность семьи.

Родители больного ребенка должны быть в своей семье не только специалистами по лечебной педагогике, но и психотерапевтами. Создать нормальную психологическую обстановку в каждой семье, имеющей ребенка с отклонениями в развитии, помогают объединения родителей в ассоциации. В настоящее время во всем мире, в том числе и в нашей стране, расширяется сеть ассоциаций родителей детей с отклонениями в развитии.

Лечебно-педагогическая и коррекционная работа с ребенком, имеющим отклонение в развитии, — нелегкая задача. Очень важно, чтобы родители и педагоги относились к нему естественно, каковы бы ни были у него дефекты.

Родители, имеющие детей с отклонениями в развитии, нуждаются в квалифицированной помощи специалистов, моральной поддержке окружающих.

Таким образом, успех лечебно-педагогических и коррекционных мероприятий зависит от правильной совместной работы педагога-дефектолога, логопеда, врача, психолога и родителей.

Важной составной частью лечебно-педагогических мероприятий является раннее восстановительное лечение, стимулирующее развитие. Раннее применение специального лечения стимулирует развитие и способствует предупреждению необратимых изменений и в нервной, мышечной и костной системе. Многие дети с отклонениями в развитии нуждаются в раннем комплексном лече-

нии, в котором участвуют специалисты разного профиля: педиатр, детский невропатолог, детский психиатр, ортопед, врач или методист лечебной гимнастики. Часто необходима также консультация и лечение окулиста, сурдолога, эндокринолога, врача-генетика.

Особенно важное значение имеет специализированный уход и лечение в первые годы жизни, когда происходит наиболее интенсивное развитие мозга ребенка.

Большую роль в лечении ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии играют родители. Они должны прежде всего представлять, что лечение ребенка с поражением нервной системы и отклонениями в развитии — это длительный процесс, который должен осуществляться в тесной взаимосвязи с проведением специальных педагогических занятий, логопедической работы, занятий лечебной физкультурой. Мать необходимо научить специальным навыкам ухода за ребенком с учетом специфики его заболевания, основным приемам массажа, лечебной гимнастики, правилам ортопедического режима, приемам речевой терапии.

В настоящее время в России развита широкая сеть общественного дошкольного воспитания детей с отклонениями в развитии (ясли-сады, специальные детские сады и детские дома, дошкольные группы при специальных школах, специальные дошкольные группы при детских садах общего типа). Подобного типа учреждения имеются для всех категорий детей с отклонениями в развитии, за исключением детей с ранним детским аутизмом. Психолого-педагогическая помощь таким детям оказывается в специальных коррекционно-диагностических группах Научно-исследовательского института коррекционной педагогики РАО, в Центре психического здоровья и в некоторых других восстановительных центрах.

Условно организацию лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии можно разделить на три этапа.

Первый этап — это специализированная помощь детям раннего возраста с поражением ЦНС и детям группы риска. Эта помощь начинает оказываться в родильном доме и продолжается в специализированных психоневрологических стационарах и отделениях многопрофильных больниц для новорожденных и грудных детей, затем в амбулаторных условиях под наблюдением детского невропатолога или психиатра, а также в специализированных детских яслях и домах ребенка.

На первом этапе особо важное значение придается медицинской помощи и комплексным лечебно-коррекционным мероприятиям, направленным на исправление имеющихся нарушений и предупреждение дальнейших возможных отклонений в психомо-

пном развитии. Первый этап, наряду с лечебными задачами, имеет общее профилактическое направление, поскольку от своевременной и рациональной помощи новорожденным, детям грудного и раннего возраста часто зависит тяжесть последующих отклонений в развитии.

В родильных домах имеются специальные палаты для лечения и выхаживания детей, родившихся в асфиксии, перенесших родовую травму, недоношенных, а также детей с врожденными пороками развития или имеющих признаки повреждения ЦНС. В лабораториях крупных родильных домов с помощью биохимических, иммунологических и цитогенетических методов обследования, а также использования ультразвуковой аппаратуры возможна ранняя диагностика многих заболеваний ЦНС.

В родильных домах имеются также палаты интенсивного лечения. Детей с наиболее тяжелыми поражениями ЦНС переводят в специальные центры новорожденных, где проводят интенсивное лечение, в отдельных случаях с ранними нейрохирургическими вмешательствами, направленными на предупреждение необратимых изменений головного мозга. В дальнейшем таких детей направляют в специализированные стационары для новорожденных и грудных детей. В стационарах уточняется диагностика патологии нервной системы и проводится восстановительное лечение, которое, кроме медикаментозного, включает специальные комплексы лечебной физкультуры и массажа, физиотерапии, ортопедические мероприятия, а также раннюю логопедическую и педагогическую работу.

После выписки из стационара дети с поражением ЦНС, а также из групп риска проходят лечение в амбулаторных условиях под наблюдением детского невропатолога или психиатра. В районных поликлиниках организуются отделения восстановительного лечения, в которых работают врачи и методисты лечебной физкультуры, логопеды, имеются также кабинеты физиотерапии. Районный невропатолог определяет необходимость повторного лечения в стационаре или направляет в специализированные ясли и санатории (детей с церебральными параличами, олигофренией и другими заболеваниями нервной и психической сферы).

В специализированных санаториях проводятся комплексные лечебно-педагогические мероприятия. Весь комплекс мероприятий этих учреждений направлен на стимуляцию возрастного развития<sup>а</sup> двигательных, речевых и психических функций.

Во втором этапе специализированная помощь детям с отклонениями в развитии дошкольного возраста проводится в специализированных стационарах, санаториях, детских садах, детских

домах, районных поликлиниках и психоневрологических диспансерах.

Направление в детские сады и детские дома осуществляется районными, областными и городскими медико-педагогическими комиссиями, куда родители приводят своих детей по рекомендации невропатологов или психоневрологов.

На втором этапе комплексных лечебно-оздоровительных и коррекционных мероприятий все больше внимания уделяется педагогической и воспитательной работе. В этих учреждениях работают педагоги-дефектологи, логопеды. Специальные детские сады дифференцируются в зависимости от характера отклонений в развитии и степени тяжести дефекта.

*Основными задачами специальных детских садов являются:*

- уточнение диагноза в процессе коррекционного обучения;
- дифференцированная комплексная коррекция основного дефекта и вторично связанных с ним отклонений в развитии;
- создание наиболее благоприятных условий для всестороннего личностного развития ребенка с учетом характера и структуры дефекта;
- подготовка ребенка к последующему школьному обучению.

Детские сады для детей с отклонениями в развитии работают по специальным программам, которые разрабатываются с учетом прежде всего ведущего дефекта, а также возрастных психофизических возможностей детей дошкольного возраста и сензитивных периодов развития различных психических и моторных функций.

При работе с ребенком с отклонениями в развитии важно учить его взаимодействовать со здоровыми детьми, приобщать ко всем видам деятельности, доступной для нормально развивающегося ребенка.

Содержание педагогической работы основывается на структуре ведущего нарушения, вторично связанных с ним отклонений в развитии, времени возникновения и характере дефекта, медицинском диагнозе и индивидуальных особенностях ребенка.

В процессе коррекционной педагогической работы осуществляется динамическое изучение и динамическая оценка психического развития ребенка с особым акцентом на выявление психических новообразований, появляющихся в результате комплексного целенаправленного лечебно-педагогического воздействия.

Каждый раздел программы предусматривает неразрывную связь обучения, воспитания и коррекции нарушенных функций. Основные разделы программы включают физическое воспитание, игру, изобразительную деятельность и конструирование, труд, ознакомление с окружающим миром, развитие речи, формирование

ментарных математических представлений, музыкальное воспитание<sup>3</sup> такие и индивидуальную коррекционную работу по развитию пушечных функций. Все разделы программы в своей взаимосвязи обеспечивают умственное, физическое, нравственное, эстетическое и речевое развитие детей и коррекцию нарушенных функций.

Все занятия с детьми с отклонениями в развитии имеют дифференцированный характер в зависимости от ведущего нарушения индивидуальных особенностей ребенка, все они наполнены творческими заданиями с широким использованием наглядных пособий и игр.

Для всех детей с отклонениями в развитии важное значение имеют такие разделы программы, как ознакомление с окружающим миром, развитие речи, мышления, моторики. Большое значение придается лечебной физкультуре и ритмике.

В особом подходе нуждаются дети с сенсорными дефектами. Так, дети с нарушениями зрения нуждаются в специальном охранительном режиме, в строгой дозировке зрительных нагрузок, в специальных формах и методах обучения с использованием специфических наглядных пособий.

Следует иметь в виду, что дети с органическим поражением ЦНС и различными формами ведущего дефекта, включая умственную отсталость, детский церебральный паралич, тяжелые нарушения речи и другие нарушения, также остро нуждаются в специальном охранительном для зрения режиме, так как известна взаимосвязь поражения зрения и ЦНС.

При работе с ребенком с отклонениями в развитии важно обязательно учитывать состояние его слуха. Для слабослышащих детей необходимы индивидуальные слуховые аппараты, для некоторых из них — индивидуальные логопедические занятия.

На третьем этапе специализированная помощь детям с отклонениями в развитии осуществляется районными поликлиниками и психоневрологическими диспансерами, специализированными стационарами, санаторными школами, специальными школами и школами-интернатами, детскими домами и домами инвалидов.

В настоящее время важнейшей проблемой является расширение контактов между детьми с отклонениями в развитии, в том числе и инвалидов, с их здоровыми сверстниками, а также создание специальных ассоциаций педагогов, врачей, психологов и родителей этих детей. Дети с отклонениями в развитии и их семьи<sup>1</sup> нуждаются в поддержке общества, в признании и реализации<sup>2</sup> всех своих человеческих прав и, прежде всего, права на обра-

Реализация прав ребенка, согласно Конвенции ООН, которой следует и Россия, в первую очередь направлена на обеспечение всех детей, в том числе детей с выраженными отклонениями в развитии и инвалидов, полноценной общественной жизнью, создание условий, необходимых для максимальной реализации их возможностей путем обеспечения их реабилитационными службами, обучением, воспитанием. Поэтому вся организация лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии направлена, в первую очередь, на реализацию их права на образование.

При воспитании и подготовке к обучению детей с отклонениями в развитии необходимо опираться на общие теоретические основы специальной дидактики, т. е. на педагогическую концепцию обучения лиц с особыми нуждами. Специальная дидактика определяет общие основы обучения и воспитания лиц с нарушениями умственного развития (при умственной отсталости и задержках психического развития), с нарушениями опорно-двигательного аппарата и, прежде всего, лиц с церебральным параличом, а также с сенсорными, речевыми, сложными дефектами развития и нарушениями общения (при раннем детском аутизме).

Специальная дидактика тесно связана с другими науками, прежде всего с общей биологией, медициной, общей педагогикой и психологией. Ее основу составляют общие и специфические закономерности нормального и аномального развития, теоретические концепции о роли обучения в развитии, теоретические положения о компенсаторных возможностях мозга в процессе абилитации и реабилитации лиц с поражением ЦПС. При этом особое значение придается высоким потенциальным возможностям детского мозга.

Установлено, что педагогический процесс является более эффективным, если он сочетается с комплексом лечебно-коррекционных мероприятий.

Важным является принцип систематичности и последовательности в обучении. Согласно этому принципу, изложение учебного материала должно соответствовать внутренней логике изучаемой дисциплины, а также возрастным и индивидуальным особенностям ребенка, с учетом ведущего нарушения развития, времени его возникновения, причины и механизма, а также сохраненных функций и компенсаторных возможностей.

На основе принципа системности и последовательности обучения в дошкольном и школьном возрасте разработаны специальные программы и учебные планы обучения детей с отклонениями в развитии, которые дифференцированы в зависимости от структуры аномального развития. Таким путем обеспечивается равномер-

последовательное накопление знаний, развитие познаватель-<sup>ное</sup>ных возможностей и положительных черт личности.<sup>Нб</sup> Важным дидактическим принципом является связь в обучении пии с практикой. Наряду с накоплением теоретических знаний петей с отклонениями в развитии, в первую очередь, формируют практические навыки и умения, развивают функцию общения, что является крайне важным для социальной адаптации этих детей и подростков. Соблюдая общие принципы методологического подхода к воспитанию и обучению, следует особое внимание уделить следующим аспектам:

- созданию условий для обеспечения мотивационной стороны деятельности ребенка;
- развитию эмоционально-положительного общения с ребенком и коммуникативных форм его поведения;
- формированию психологической базы речи;
- развитию различных форм познавательной деятельности;
- развитию у ребенка продуктивных видов деятельности;
- в коррекционной работе максимально использовать особые приемы и методики с опорой на различные виды деятельности: предметно-практическую, игровую, элементарную трудовую, все виды продуктивной деятельности;
- широко использовать в коррекционной работе различные игры: дидактические, сюжетно-ролевые, подвижные, музыкально-ритмические и игры драматизации;
- в зависимости от состояния ребенка дифференцировать структуру занятий<sup>1</sup>.

Особенно важно учитывать структуру ведущего нарушения, вторично связанных с ним отклонений в развитии, а также сохраненные функции и компенсаторные возможности ребенка.

Среди частных вопросов методики дошкольного воспитания наибольшее значение имеют следующие:

- организация и методы психолого-педагогического изучения ребенка;
- разработка методики проведения специальных диагностических занятий с учетом возраста и структуры дефекта;
- изучение динамики развития с разработкой карты индивидуального динамического наблюдения ребенка;
- составление психолого-педагогических характеристик в динамике наблюдения.

умет <sup>аркова А. К.</sup> <sup>р</sup> <sup>развит</sup> <sup>ия</sup> <sup>в школьном и дошкольном возрасте.</sup> Лидере А.Г., Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция 1992  
— 178.

Среди задач, содержания и организации коррекционно-воспитательной работы наибольшее значение имеют следующие:

- организация деятельности детей и режим дня;
- специальная коррекционная и воспитательная работа в процессе физического воспитания;
- воспитание словесной регуляции действий и функции активного внимания путем выполнения заданий;
- движения по образцу, наглядному показу, словесной инструкции;
- развитие пространственно-временной организации движений.

Важное значение имеет разработка содержания и задач коррекционной работы по сенсорному воспитанию. К ним, прежде всего, относятся следующие:

- формирование перцептивной деятельности с разработкой методики обучения детей обследованию предметов с учетом структуры нарушенного психомоторного развития;
- разработка основных этапов и методик работы по формированию представлений о сенсорных эталонах с учетом возраста и структуры дефекта (виды сенсорных эталонов: цвет, форма, величина);
- разработка методик по развитию действий, направленных на соотношение эталонов со свойствами реальных предметов. С этой целью проводится разработка специальных методик по обучению ребенка подбору предметов к образцам, подбору и группировке предметов по словесной инструкции;
- разработка методик по развитию словесного опосредования на различных этапах работы по сенсорному воспитанию с учетом речевых и интеллектуальных нарушений;
- разработка методик по выполнению заданий на словесное описание свойств предметов с опорой на картинку — эталон и схемы модели с учетом возраста, структуры, степени выраженности речевого и интеллектуального дефекта и возраста ребенка;
- разработка дифференцированных методик по развитию и совершенствованию тактильно-двигательного восприятия с помощью системы дидактических игр и специальных упражнений с учетом возраста и структуры дефекта. Подобные упражнения особенно полезны для детей с церебральным параличом;
- развитие различных видов продуктивной деятельности как средства сенсорного воспитания;
- формирование наглядных форм мышления с учетом возраста и структуры дефекта;

— разработка содержания и методов коррекции нарушений этно-практической деятельности у различных категорий де-<sup>1</sup>5^  
отклонениями в развитии и, прежде всего, у детей с нарушениями моторики;

- разработка методик формирования мыслительных операций и их словесного опосредования;
- формирование начальных логических операций;
- обучение выделению в предмете существенных признаков;
- формирование игровой деятельности, а также игры как совместной деятельности у различных категорий детей с отклонениями в развитии;
- формирование содержательной сюжетной игры;
- развитие умения классифицировать предметы по существенным признакам;
- развитие фантазии и воображения;
- развитие функции активного внимания;
- подготовка к усвоению счета и формирование элементарных математических представлений.

Воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии проводится последовательно, с учетом возраста и структуры нарушенного психомоторного развития. Система педагогических мероприятий включает физическое воспитание, воспитание культурно-гигиенических навыков и навыков самообслуживания, обучение ребенка элементарным основам трудовой деятельности в условиях семьи, игре и изобразительной деятельности. Важное значение имеет развитие речи, ознакомление ребенка с окружающим миром, сенсорное воспитание, развитие познавательной деятельности, развитие пространственных представлений, навыков общения с окружающими, изобразительной деятельности, а также формирование начальных математических представлений.

*Задачей физического воспитания* является развитие основных Движений, обучение ребенка подвижным играм, развитие равновесия и координации движений, ручной умелости, подготовки руки к письму. Все развивающие упражнения проводятся совместно с корригирующими занятиями. В процессе физического воспитания У ребенка формируют ориентацию в пространстве.

*Задачей трудового воспитания* является развитие культурно-гигиенических навыков и самообслуживания, а также трудовых Умений, развитие моторики рук, подготовка руки к письму путем занятий с пластилином, конструктором.

о процессе *игровой деятельности* развивается речь, мышле-  
воо-<sup>1</sup>бражение, символическая деятельность — ребенок учится

пользоваться не только игрушками, но и предметами-заменителями, создавать воображаемую ситуацию. В процессе игры осуществляется умственное воспитание, эмоционально-личностное развитие.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Назовите основные задачи и принципы лечебной педагогики.
2. На какие этапы можно условно разделить организацию лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии?
3. В каких учреждениях оказывается специализированная помощь детям с отклонениями в развитии на первом этапе?
4. Какая помощь и в каких учреждениях оказывается детям с отклонениями в развитии и детям группы риска на втором этапе?
5. Какая помощь и в каких учреждениях оказывается детям с отклонениями в развитии и детям группы риска на третьем этапе?
6. Какие задачи организации коррекционно-воспитательной работы имеют наибольшее значение?

### Рекомендуемая литература

- Вепс Т. Как помочь ребенку? М., 1991.
- Драпкин Б.З. Лечебная педагогика при некоторых психических заболеваниях у детей. В кн.: Психиатрия детского возраста. М., 1979.
- Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб., 1998.
- Каценко В.П. Педагогическая коррекция. М., 1992.
- Макаренко А.С. Лекции о воспитании детей. М., 1967.
- Маркова А.К., Лидере А.Г., Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. Петрозаводск, 1992.
- Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Они ждут нашей помощи. М., 1991.
- Монтессори М. Помоги мне сделать это самому. М., 2000.
- Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей. СПб., 1903.
- Симпсон Т.П. Неврозы у детей. Их предупреждение и лечение. М., 1958.
- Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. М., 2000.
- Сухомлинский В.А. Сердце отдаю детям. Избранные педагогические сочинения в 3-х томах. М., 1979. Т. 1. •• z<sup>1</sup>
- Ушинский К.Д. Родное слово. М., 1864.
- Фромм А. Азбука для родителей. Л., 1991.
- Чего на свете не бывает / Под ред. А.М. Дыченко, Е.Л. Агаевой. М., 1991.

## Глава 2. ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

### 2.1. Воспитание и укрепление общего здоровья ребенка

Одной из важных первоначальных задач физического и общего воспитания ребенка является укрепление его здоровья. Для детей с отклонениями в развитии укрепление состояния здоровья, развитие и нормализация движений составляют единый и неразрывный с коррекционным обучением процесс. Поэтому необходимо проведение специальных оздоровительных, развивающих и лечебно-педагогических коррекционных мероприятий как на специальных занятиях, так и в процессе повседневного ухода за ребенком.

Важно помнить, что только совместные усилия родителей и специалистов могут быть достаточно эффективными.

Воспитание ребенка с отклонениями в развитии тесно связано с укреплением его здоровья и, прежде всего, с нормализацией режима сна и бодрствования, а также правильного питания. Прежде всего нельзя приучать малыша спать на руках, за исключением отдельных случаев, когда ребенок болен.

Нужно как можно раньше выработать у ребенка биологический ритм «сон — бодрствование», для этого надо укладывать его спать в одно и то же время. Полезно перед сном с малышом немного погулять или поиграть в тихие игры. При этом ребенку лучше всего предложить знакомую для него, спокойную игру или почитать любимую книгу.

Особого внимания требует ребенок с двигательными расстройствами — с детским церебральным параличом. Для него специально, посоветовавшись с врачом, необходимо подобрать наиболее удобные позы для кормления, специальных занятий и сна. Такого ребенка следует переворачивать во сне с одного бока на другой, следить, чтобы он не уткнулся носом в подушку. Поэтому при положении ребенка с тяжелой формой церебрального паралича на животе следует за ним внимательно наблюдать, корректировать эту позу, помещая под руки и голову жесткие подушки.

У некоторых детей с отклонениями в развитии может наблюдаться повышенная сонливость.

Для нормализации сна детей с отклонениями в развитии родителям важно знать некоторые закономерности возникновения сонного состояния. Известно, что в начале возникновения сонного торможения в ЦНС возникает вспышка возбуждения, которая выражается в беспокойных движениях, хныканье, некоторые дети начинают крутить головой, иногда всем телом. Учитывая это,

ребенка следует укладывать спать спокойно, не торопясь, не возбуждая его резкими движениями, громким шумом, телевизионными передачами, неприятными процедурами. Важно выбрать правильный момент для укладывания, а для этого надо знать продолжительность бодрствования здорового ребенка. Длительность одного периода бодрствования на протяжении первого года жизни увеличивается от нескольких минут до 2,5-3 часов, на втором году — до 5 часов, на третьем году — до 6 часов.

У детей с отклонениями в развитии ЦНС ослаблена, работоспособность нервных клеток значительно снижена по сравнению со здоровыми сверстниками. Эти дети быстро устают, и периоды активного бодрствования у них могут быть значительно короче, причем у каждого ребенка имеется свой предел работоспособности нервных клеток. Поэтому режим сна для детей с отклонениями в развитии должен подбираться индивидуально по совету врача.

Не следует приучать детей к укачиванию, укладыванию в постель взрослых. Если ребенок спит много днем, а бодрствует ночью, взрослые все равно должны его ночью класть в удобную постель, гасить свет и не спешить поднимать его при малейшем его требовании. Днем же его следует держать около себя, развлекать играми, создавать условия, препятствующие засыпанию.

Нормализации сна ребенка способствует организация общего режима.

Постепенно приучая ребенка к определенному распорядку дня, взрослые нормализуют его биологические ритмы, что имеет важное значение для слаженного функционирования всех органов и систем организма и более успешного проведения педагогической работы.

Для составления индивидуального режима для каждого ребенка необходимо знать примерные нормы сна и оптимальные для детей разного возраста промежутки между приемами пищи. Ребенка в возрасте от 3 до 10 месяцев кормят 5-6 раз в сутки, а более старших 4-5 раз в сутки.

Многие дети с отклонениями в развитии испытывают трудности при обучении их самостоятельной еде. Это прежде всего относится к детям с церебральным параличом. Для того чтобы у ребенка с церебральным параличом развивались необходимые предпосылки для формирования навыка самостоятельного приема пищи, уже с первых месяцев жизни в момент кормления полезно протягивать его ручки к бутылке с молоком, помогать направлять свои руки в рот, но во всех случаях препятствовать сосанию большого пальца. Если взрослый поит ребенка из чашки или стакана, надо

класть его руки на руки взрослого, держащие стакан или чашку. В случае, если ребенок не может захватить пищу ложкой, то лучше всего вместо тарелки использовать высокую чашку.

Ребенок может есть очень долго, поэтому, чтобы пища не остывала, чашку ставят в тарелку с горячей водой. В начале обучения самостоятельному приему пищи лучше использовать десертную ложку. Вначале взрослый своей рукой направляет руки ребенка. При этом не следует постоянно указывать ребенку на его ошибки и неправильные движения.

У некоторых детей с отклонениями в развитии процесс кормления может быть затруднен из-за высокого твердого неба. В этих случаях не рекомендуется давать ребенку продукты, которые могут прилипать к твердому небу.

Следует помнить, что процесс кормления должен доставлять взаимную радость и ребенку, и взрослому, способствуя формированию первых навыков общения и взаимодействия.

При обучении ребенка самостоятельному приему пищи важно помнить и о развитии общегигиенических навыков: мытье рук до и после еды, вытирание салфеткой рта и т. п. Ребенка с отклонениями в развитии надо обязательно приучать есть за общим столом с другими членами семьи, несмотря на тяжесть его дефекта.

Многие дети с отклонениями в развитии отличаются общей физической ослабленностью, повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям, особенно к болезням верхних дыхательных путей. Это связано как с общим снижением реактивности организма в связи с поражением ЦНС, так и с недостаточностью иммунной системы, с малой двигательной активностью ребенка, а также с частыми нарушениями дыхательной функции за счет аденоидов, аномалий в строении верхних дыхательных путей.

Соматической ослабленностью отличаются также дети с различными хроническими заболеваниями внутренних органов. Эти дети плохо приспосабливаются к изменяющимся условиям внешней среды и, прежде всего, к температурным и атмосферным изменениям. При изменении погоды, особенно атмосферного давления, самочувствие многих детей с психическими и физическими нарушениями ухудшается: они становятся беспокойными, плаксивыми, у некоторых из них усиливаются непроизвольные движения, учащается судорожный синдром, пропадает аппетит, появляется вялость, сонливость.

Для укрепления здоровья детей с отклонениями в развитии важное значение имеет закаливание организма, которое необходимо начинать с самого раннего возраста. Выбор способа закалива-

ния зависит от тяжести и характера заболевания, возраста, индивидуальных особенностей ребенка.

Закаливание детей осуществляется, главным образом, в процессе повседневного ухода.

Ребенка постепенно приучают к длительному пребыванию на свежем воздухе, к умыванию прохладной водой, к ношению облегченной одежды. С 3-5 лет особое значение приобретают специальные методы закаливания — воздушные и водные процедуры. Способы и время начала закаливания необходимо согласовывать с врачом. Интенсивность проведения процедур увеличивается постепенно.

Закаливание воздухом осуществляется во время пребывания детей в помещении с нормальным температурным режимом (летом +18... +20 °С, зимой +20 ...+22 °С). Ребенка как можно раньше, буквально с первых месяцев жизни, следует приучать находиться в двухслойной одежде с обнаженными руками, а затем и ногами. При этом важно учитывать, что для многих детей с отклонениями в развитии и хроническими соматическими заболеваниями характерны периферические сосудистые спазмы, в связи с чем руки и ноги у них обычно холодные. Поэтому при закаливании воздухом надо периодически массировать их руки и стопы, а на ноги вначале надевать тонкие шерстяные носки. Вначале воздушные ванны для детей грудного возраста проводят при каждом пеленании по 5-10 секунд при температуре воздуха не ниже +22 °С. Постепенно продолжительность воздушной ванны увеличивается до 5 минут. Обычно воздушные ванны сочетаются с массажем и лечебной гимнастикой. Дошкольников постепенно приучают летом большую часть дня находиться в трусиках и майке.

Очень важно, чтобы с первых месяцев жизни дети как можно больше были на свежем воздухе. Помещение, где находится ребенок, всегда должно быть хорошо проветрено. В теплое время года ребенку полезно спать при открытой форточке.

Более сильным средством закаливания являются водные процедуры. Вначале ребенка приучают утром и вечером умываться прохладной водой. Детям старше полутора лет каждое утро моют холодной водой лицо, шею, руки до локтей. Детям дошкольного возраста обливают водой верхние части груди и спины. После обливания ребенка насухо вытирают. Каждый вечер перед сном детям моют ноги, при этом полезны контрастные обливания стоп и голеней. Начинают обливания всегда с теплой воды (+38 °С), затем обливают прохладной водой (+28 °С) и заканчивают обливание теплой водой (+38 °С). Время воздействия теплой воды — 5-6 секунд, а прохладной — 3-4 секунды.

Для закаливания с конца первого года жизни полезно применять обтирания. Начинают обтирания теплой водой (+35 ... +36°С), Каждые 2-3 дня температуру воды снижают на один градус. Для 3-летних детей ее постепенно доводят до +22 °С, 5-6-летних до +18 +20 °С. Обтирания проводят влажной матерчатой рукавичкой или полотенцем. Сначала обтирают руки и ноги по направлению к туловищу, затем шею, грудь, живот. После обтирания тело растирают сухим полотенцем до легкого покраснения кожи.

Солнечные ванны как средство закаливания для детей с отклонениями в развитии в результате поражения ЦНС в первые годы жизни применять не рекомендуется. Это связано с тем, что у многих детей в первые годы жизни имеет место повышенная судорожная готовность, повышение внутричерепного давления. Поэтому в раннем возрасте детям не рекомендуется находиться на солнце даже в головном уборе.

Использование обливаний и душа требует осторожности, так как у многих детей с органическим поражением ЦНС, в том числе и у детей с церебральным параличом, отмечается повышенная рефлекторная возбудимость, и подобного рода процедуры, особенно в раннем возрасте, могут оказаться для них сверхсильными раздражителями. Их можно применять только по совету врача.

Полезным средством закаливания соматически ослабленных детей и детей с отклонениями в развитии является купание в море. Купание можно начинать с 2-3-летнего возраста при температуре воздуха +25...+26°С и температуре воды не ниже +24°С. Купать детей можно ежедневно, вначале в течение 2-3 минут, а для старших детей время купания можно постепенно доводить до 8-10 минут.

Полезно приучать детей ходить босиком, особенно по песку, по воде. Но, если у ребенка имеются двигательные расстройства, по этому вопросу надо посоветоваться с врачом-ортопедом, так как при некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата, а также при некоторых формах ДЦП ходьба ребенку разрешается только в специальной обуви.

Укреплению общего здоровья и физическому развитию ребенка с отклонениями в развитии и при различных соматических заболеваниях в значительной степени способствует двигательная активность. Движения активизируют функции всего организма ребенка, усиливают процессы дыхания, кровообращения, улучшают аппетит, нормализуют сон. Особенно полезно сочетание воздуха и движений: это нормализует работу терморегулирующих систем организма, улучшает состояние ЦНС, что, в свою очередь, повышает сопротивляемость организма простудным и инфекционным заболеваниям.



Физическое воспитание ребенка в первые годы жизни непосредственно связано со стимуляцией его психического развития. Для стимуляции развития двигательных функций особое значение приобретает широкое использование комплексных афферентных стимулов: зрительных (проведение упражнений перед зеркалом), тактильных (поглаживание конечностей, опора рук и ног на поверхность, покрытую различными видами материи, усиливающей тактильные ощущения, ходьба босиком по песку и т. п.). Таким образом, у детей в процессе физического воспитания формируется кинестетическое ощущение и восприятие.

## 2.2. Развитие и нормализация движений

Перед физическим воспитанием детей с отклонениями в развитии и хроническими соматическими заболеваниями стоят те же задачи, что перед физическим воспитанием здоровых детей. Однако специфические особенности психомоторного развития при различных отклонениях в развитии требуют разработки специальных методов и приемов работы по физическому воспитанию. При правильно организованном физическом воспитании можно не только укрепить здоровье ребенка, но и скорректировать имеющиеся у него нарушения моторики, предупредить формирование неправильных двигательных стереотипов, что несомненно будет способствовать развитию полноценной личности, которая сможет активно включиться в социальную жизнь и найти себе достойное место в общественнополезном труде.

Физическое воспитание является самой важной частью общей системы воспитания, обучения и лечения детей с отклонениями в развитии.

У всех детей с отклонениями в развитии имеет место та или иная моторная недостаточность, которая отражается на общем здоровье ребенка, снижает сопротивляемость организма к простудным и инфекционным заболеваниям, неблагоприятно влияет на развитие всех систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной) и нервно-психической деятельности. Поэтому развитие движений и коррекции двигательных нарушений составляют основу физического воспитания детей с отклонениями в развитии.

Система физического воспитания ребенка с отклонениями в развитии предполагает правильное рациональное питание, четко организованный режим, закаливание организма и создание благоприятных условий для развития и коррекции движений. С этой

ю используются различные виды массажа и лечебной гимнастики? физкультурные занятия, подвижные игры, упражнения спортивного характера.

Физическое воспитание осуществляется в процессе всей жизнедеятельности ребенка, в процессе проведения режимных моментов на всех занятиях, на прогулках. Своеобразие моторики у детей с отклонениями в развитии, особенно у детей с церебральными параличами, требует разработки специальных методов и приемов физического воспитания.

Двигательные нарушения, даже нерезко выраженные, ограничивающие активные движения, отражаются на общем здоровье ребенка, снижают сопротивляемость организма к простудным и инфекционным заболеваниям, неблагоприятно влияют на развитие всех систем организма и нервно-психической деятельности. Поэтому одной из важных задач физического воспитания детей с отклонениями в развитии является стимуляция и коррекция нарушений моторики.

В каких бы условиях ни воспитывался ребенок с отклонениями в развитии, ему необходимы все условия для развития движений: специально оборудованное помещение, игрушки-пособия и предметы, побуждающие его к движению, специально организованная лечебная гимнастика, массаж, занятия по физическому воспитанию, подвижные игры и другие мероприятия, способствующие обогащению его двигательного опыта. Развитие движения может нарушаться у некоторых детей с отклонениями в развитии и, прежде всего, у детей с церебральным параличом. Поэтому дети с церебральным параличом с первых месяцев жизни нуждаются в комплексной системе физического воспитания.

Важной задачей физического воспитания детей с отклонениями в развитии является укрепление их общего состояния здоровья, развитие и нормализация движений.

Физическое воспитание является составной частью интеллектуального, нравственного и эстетического воспитания ребенка.

Начинать физическое воспитание ребенка надо с первых же дней его жизни. Основным периодом занятий является возраст от 1 года до 6 лет.

Важное значение имеют так называемые общеоздоровительные Упражнения, направленные на выработку правильной осанки, правильного положения головы, плеч. Одним из таких упражнений является «самолетик»: ребенок в положении на коленях с выпрямленной спиной разводит руки в стороны и слегка наклоняется то влево, то вправо (самолетик качает крыльями). Взрослый следит за <sup>Вв1</sup>прямлением спины, особенно в поясничной области.

Важное значение имеют упражнения, направленные на развитие равновесия и координацию движений, формирование навыков прямохождения, ходьбы и манипулятивной деятельности. Полезно использовать специальные музыкально-ритмические упражнения, которые воспитывают у ребенка грациозность, чувство ритма, способствуют его эстетическому воспитанию.

При проведении физических упражнений необходимо знание этапов нормального моторного развития ребенка.

Развитие двигательных функций ребенка — сложный процесс, который определяется, с одной стороны, поэтапным созреванием ЦНС, а с другой — многообразными влияниями окружающей среды. Важную роль в этом процессе играет и генетическая программа развития.

Наиболее интенсивное двигательное развитие происходит на первом году жизни, что связано с самым высоким темпом созревания мозга в этот период. Однако, несмотря на то что к концу младенчества основные двигательные системы, которые необходимы для адаптации ребенка к окружающему миру, уже сформированы, интенсивное развитие двигательных функций продолжается до 5-6-летнего возраста.

Совершенствование произвольной моторики тесно связано с развитием ощущений движений — кинестезией. *Кинестезия* — это своеобразная обратная связь, обеспечивающая постоянное сличение выполненного движения с заданной программой. Уже на самых начальных этапах развития двигательных функций устанавливается тесная динамическая взаимосвязь между возможностью выполнения произвольных движений и совершенствованием их ощущений.

#### *Общие принципы развития моторики*

1. Становление двигательных навыков идет по пути преемственности и поэтапности. Для овладения той или иной функцией в полном объеме развитие ребенка должно пройти несколько этапов, во время которых происходит закладка фундамента будущих функций. Например, к 6-7 месяцам жизни большинство детей сидят, если их посадить. Однако эта функция формируется только после того, как дети научатся держать голову и выпрямлять спину. Индивидуальные сроки появления отдельных двигательных новообразований могут широко варьировать, но последовательность их становления остается постоянной.

2. Последовательные стадии в развитии двигательных функций перекрывают друг друга. Ребенок, совершенствуясь в выполнении одних двигательных навыков, одновременно начинает осваивать

угие. Например, 4-6-месячный малыш тренируется в выпрямлении спины и в поворотах головы и в то же время пытается овладеть навыком сидения.

3. В ходе сенсомоторного развития возникает и далее реализуется возможность дифференциации и изоляции отдельных движений. Например, у ребенка постепенно формируется умение свободно поворачивать голову без участия в этом движении туловища.

4. Развитие и совершенствование движений начинается от головы к верхним, а затем к нижним конечностям. Координация двигательных навыков развивается по этому же принципу, поэтому контроль за положением головы формируется раньше, чем за положением ног.

5. Развитие двигательных функций совершенствуется от проксимального к дистальному направлению, т.е. движения частей тела, расположенных ближе к средней линии тела, совершенствуются раньше, чем движения в более удаленных областях. Например, контроль над положением и движением плеч устанавливается раньше, чем контроль над движениями пальцев рук.

Основным условием реализации принципов нормального двигательного развития является своевременное становление выпрямительных реакций и развитие равновесия.

Нормальное сенсомоторное развитие составляет фундамент всего психического развития ребенка. Поэтому формирование высших психических функций необходимо рассматривать в тесной взаимосвязи с сенсомоторным развитием.

Известно, что темпы двигательного развития здорового ребенка могут широко варьировать: так, одни дети начинают самостоятельно ходить в 9-10 месяцев, другие только к 12-15 месяцам. Однако во всех случаях сохраняется определенная последовательность в развитии двигательных функций.

Стимуляция нормального развития является важной задачей физического воспитания. Эта работа проводится поэтапно, с учетом закономерностей нормального моторного развития.

На первом этапе моторного развития (в норме этот этап продолжается от рождения до 4 месяцев), основной задачей является формирование контроля за положением головы, возможности произвольных движений во всех направлениях, к концу этапа — развитие и укрепление выпрямляющих рефлексов туловища. Ребенок к концу 4-го месяца жизни в положении на животе должен хорошо удерживать голову по средней линии и опираться на редплечья, согнутые под прямым углом, слегка разжимая кулак.

вертикальном положении ребенок уже хорошо удерживает го-

Важным является развитие движений руки по направлению к объекту и увеличение длительности удержания вложенного в руку предмета.

На втором этапе (в норме от 4 до 6 месяцев) необходимо стимулировать развитие выпрямляющих рефлексов туловища в положении на животе и на спине. Ребенок в 4-5 месяцев, положенный на живот, должен устойчиво удерживать голову по средней линии и опираться на предплечья, согнутые под прямым углом, а к 6 месяцам уже опираться на вытянутые руки, удерживать голову в вертикальном положении на руках у взрослого, активно поднимать голову, лежа на спине, к концу 5-го месяца жизни сохранять при поддержке позу сидя. После 4 месяцев необходимо стимулировать у ребенка повороты со спины на живот.

Особенно важное значение имеет развитие произвольных движений рук путем захватывания предмета. Важно развивать так называемую оптическую реакцию опоры рук. Для этого проводится следующее упражнение: ребенка держат свободно в воздухе лицом вниз (руки взрослого под животом ребенка) и постепенно приближают его к столу, при более быстром приближении он вытягивает обе руки так, что раскрытые ладони касаются опоры.

Важно также на этом этапе развивать независимость движений головы от движений конечностей. Ребенок должен сохранять положение головы по средней линии при различных движениях рук и ног.

На третьем этапе (возраст от 6 до 8 месяцев) необходимо стимулировать разнообразную двигательную активность ребенка, повороты тела со спины на живот, учить малыша свободно крутиться на животе с вытянутыми и отведенными в сторону ногами.

В положении на животе ребенок должен уметь высоко поднимать голову, поворачивать ее в стороны, а иногда и назад, опираться на вытянутые руки и легко переносить центр тяжести с одной руки на другую. Опираясь на одну руку, он должен другой тянуться к игрушке.

Очень важно к концу этого периода стимулировать ползание, иногда это может быть ползание назад, учить ребенка ползать по кругу и к 8 месяцам ползать вперед к игрушке при помощи подтягивания на руках, а в дальнейшем и отталкивания ногами.

Важно также научить ребенка переворачиваться с живота на спину, укреплять функцию сидения и присаживания при подтягивании его за руку из положения лежа на спине. Тренировать функцию активного самостоятельного сидения без поддержки с достаточно прямой спиной, тренировать реакции равновесия в положении сидя.

Особенно важно на этом возрастном этапе интенсивно развивать активную манипулятивную деятельность малыша. Ребенок должен активно доставать игрушки при положении руки в так называемой нейтральной позиции (промежуточная позиция между положением руки в пронации, когда ладонь направлена вниз по отношению к глазам ребенка, и положением в супинации, когда ладонь направлена вверх).

При захвате предметов в нейтральном положении руки у ребенка увеличивается возможность зрительного контроля за движениями большого пальца и других пальцев рук. Зрительный контроль за движениями руки помогает ребенку развивать более координированные способы захвата предметов с использованием большого пальца для фиксации взятого предмета.

На четвертом этапе (возраст от 8 до 12 месяцев) особо важное значение имеют упражнения, направленные на приспособление туловища к вертикальному положению. К таким движениям относятся сегментарный поворот туловища, наружный поворот плеча, а также руки из положения пронации в нейтральную позицию и в положение супинации. На этом этапе важно научить ребенка контролировать позиции рук и ног. Это даст возможность малышу переносить вес тела на руки, приподнимать грудь от поверхности в положении на животе. В этом возрасте полезно стимулировать «ручное хождение», поддерживая ребенка за живот и наклоняя его вниз.

Для развития самостоятельной ходьбы необходимы координированные согласованные движения, при которых противоположные нога и рука одновременно разгибаются и выносятся вперед. Эти движения начинают формироваться на этом этапе. Постепенно они включаются в новую форму передвижения: ползание на четвереньках (на ладонях и коленях). К ползанию на четвереньках ребенок переходит из положения сидя или лежа на животе. Если, посадив ребенка, положить перед ним яркую игрушку, он вытягивает руки вперед, опирается на них и начинает передвигаться, попеременно вынося вперед противоположные руку и ногу.

Временами ребенок пытается двигаться вперед на четвереньках путем вытягивания одной руки вперед, сохраняя вес тела на трех опорных точках, и последующего движения вперед противоположной ноги. Необходимо стимулировать этот начальный этап ползания. Тренировка у ребенка равновесия способствует развитию у него возможности одновременного движения руки и противоположной ноги вперед, сохраняя вес тела только на двух опорных точках. Такая форма ползания появляется у здорового ребенка<sup>к</sup> к концу первого года жизни.



Ползание может являться главной формой самостоятельного движения в течение нескольких месяцев, кроме того, ребенок может и позже возвращаться к нему под влиянием сильных эмоциональных факторов, стресса, возникающего при падении во время ходьбы.

На этом возрастном этапе у ребенка необходимо также совершенствовать и укреплять функцию самостоятельного устойчивого сидения и развивать умение садиться из разных положений тела.

При сформированности описанных выше предпосылок на этом этапе необходимо стимулировать развитие ходьбы. Важно совершенствовать движение рук, учить ребенка захвату предметов с участием большого и указательного пальцев, учить произвольно отпускать предметы из пальцев рук, стимулировать развитие манипулятивной деятельности: учить его возить и толкать предметы, мять и рвать бумагу и т. п.

Вертикальное положение тела создает основу для овладения новыми игровыми действиями, выбрасыванием предметов из ящиков, коробок, открыванием и закрыванием дверей и т. п.

Важное значение в коррекционной работе на этом этапе имеет развитие у ребенка захвата предметов при положении руки в супинации (ладонь наверху). В этом положении движения рук лучше контролируются зрением, что способствует развитию зрительно-моторной координации и дифференцированных движений большого и указательного пальцев.

На пятом этапе моторного развития (в норме от 12 до 18 месяцев) важное значение имеет стимуляция самостоятельной ходьбы, совершенствование устойчивости туловища в вертикальном положении, развитие пяточно-пальцевой формы шага с первоначальной опорой на пятку, потом на пальцы так называемого переката.

Особо важное значение имеет стимуляция манипулятивной деятельности, развитие игровых действий, требующих симметричных и координированных движений обеих рук: например, ребенок одновременно гремит двумя игрушками, находящимися в правой и левой руке. Однако следует помнить, что на этом этапе моторного развития малыш предпочитает пользоваться одной рукой, используя другую лишь для поддержания предмета.

Ребенка следует учить поворачивать руки ладонью вверх по отношению к лицу в различных игровых действиях, например при перекладывании предметов в коробку, переворачивании страниц книги, а также при пользовании ложкой.

Необходимо развивать изолированные движения пальцев рук с помощью специальных игрушек: обучать клавиатурным дей-

ствиям на игрушечном пианино; совершенствовать дифференцированный захват предметов с противопоставлением большого пальца указательному (например, учить ребенка держать чашку за ручку)-

На шестом этапе моторного развития (в норме с 18 до 24 месяцев) ребенка учат вставать без поддержки из положений на животе и спине, подниматься вверх и спускаться вниз по ступенькам; совершенствуют способ ходьбы, учат ребенка бегать, ходить назад, особое внимание обращают на развитие функции равновесия.

Для развития контроля за выполнением движений важное значение имеет формирование равномерности шага, ребенка учат при ходьбе контролировать равномерность ритма шага, подниматься и спускаться по ступенькам, в процессе игровой деятельности произвольно менять различные способы движений и положений тела, например встать на колени или на одно колено, лечь на пол и т.п.

Особенно большое значение на этом возрастном этапе имеет развитие и совершенствование ручных действий, в частности тех, которые требуют супинации предплечья: ребенок учится поворачивать ручку двери, высыпать предметы из ящика.

Важное значение имеет развитие координированных движений пальцев рук с активным использованием большого пальца, что составляет основу для совершенствования манипулятивной деятельности.

На этом этапе моторного развития важно учить ребенка играть в кубики, пирамидки, строить башню из 3-4 и более кубиков, бросать и ловить мяч, а также начинать развивать управляемые действия с карандашом — копирование вертикальных линий. Такие упражнения способствуют переводу перцептивной информации в моторное действие, что предполагает более высокий уровень развития интегративной деятельности головного мозга.

Совершенствование самостоятельного прямохождения расширяет активное общение ребенка с окружающим миром, способствует развитию ориентировки в пространстве. Совершенствование моторики способствует развитию мышечно-суставного чувства («ощущения движений»), что, само по себе, является важнейшим фактором дальнейшего совершенствования моторики. Постепенно мышечное чувство становится мерой отсчета расстояния и пространственного расположения предметов.

на седьмом этапе моторного развития (в норме от 2 до 3 лет) у ребенка развивают подвижность и равновесие. На этом этапе проводятся занятия по дифференциации движений ног,

развитию пяточно-пальцевого навыка ходьбы (ребенок при ходьбе вначале опирается на пятку, потом на носок), продолжают упражнения по развитию равновесия с использованием достаточно узкой «базы» для шага, что способствует улучшению координации движений при ходьбе.

Для развития и совершенствования равновесия ребенку предлагают упражнения — постоять на одной ноге сначала с открытыми, а потом с закрытыми глазами. Это, в свою очередь, обеспечивает возможность ударов ногой по мячу без предварительного показа способа этого движения. Ребенка учат перешагивать через низкие предметы.

Развитие подвижности и равновесия создает основу для совершенствования бега. Малыша учат прыгать, спрыгивать со ступеньки.

Важное значение имеет развитие манипулятивной деятельности. Ребенка учат играть в кубики, различные строительные материалы, переворачивать страницы книг, помещать предметы в узкие отверстия, формируют захват карандаша, видоизменяя ладонный захват на захват кончиками пальцев, что, в свою очередь, делает возможным выполнение круговых движений карандашом вместо вертикальных штрихов, что имело место на предыдущем этапе развития. Малыша учат по подражанию воспроизводить вертикальные и горизонтальные линии.

Ребенка учат приспособлять двигательные навыки к различным игровым ситуациям, например, когда он, играя, ходит на пальчиках, переступает одновременно через два предмета, расположенных на полу, или идет по узкой доске, положенной на пол, ставя одну ногу на доску, другую на пол и т. д. При спуске с лестницы его учат попеременно выносить вперед одну и другую ногу и спускаться с поддержкой за перила или за руку, а потом и самостоятельно.

Важно развивать дифференцируемые и контролируемые движения в лучезапястном суставе, что дает ребенку возможность выполнять различные двусторонние движения обеими руками. Например, при разрыве бумаги одна рука тянет бумагу по направлению к телу, а другая — одновременно в противоположную сторону.

Увеличение мышечной силы в пальцах рук позволяет ребенку в игре пользоваться зацепками для белья. Ребенок также обучается резать ножницами.

К концу этого этапа моторного развития у ребенка достаточно развита координация движений. Это проявляется как в совершенствовании ходьбы, так и в других видах деятельности. На этом

этапе полезно учить ребенка лазать по шведской стенке, кататься на небольшом трехколесном велосипеде, начинать и прекращать движения по команде, обходить препятствие, резко поворачиваться чтобы обождать препятствие.

Особенно важно обратить внимание на формирование правильного захвата карандаша. Ребенка надо научить удерживать карандаш между большим и указательным пальцами, опираясь стороной на средний палец. Необходимо развивать манипулятивную деятельность: учить нанизывать бусы, застегивать молнию на одежде, расстегивать пуговицы, вынимать шнурки из обуви, завязывать бант, овладевать навыками одевания и раздевания.

Особое внимание в развитии движений необходимо уделять детям с нарушениями моторики за счет раннего органического поражения ЦНС. Такие нарушения имеют место у многих категорий детей с отклонениями в развитии, например у детей с нарушениями речи, общения, отклонениями в умственном развитии, с сенсорными дефектами, но особенно сильно они выражены у детей с церебральным параличом.

В процессе физического воспитания ребенка с церебральным параличом взрослые должны не только оказывать ребенку помощь в осуществлении тех или иных движений, но систематически и упорно улучшать качество их выполнения. Важно помнить, что развитие всех движений начинается с развития головного контроля, т. е. после того, как ребенок хорошо удерживает голову по средней линии и свободно поворачивает ее в стороны из разных положений: лежа, сидя, стоя на коленях, на четвереньках, вертикального. Нарушенное двигательное развитие ребенка с церебральным параличом также начинается с неправильного положения его головы, шеи и спины. Поэтому при развитии двигательных функций у ребенка с церебральным параличом необходимо прежде всего осуществлять контроль за положением этих частей тела. Наряду с проведением специальных упражнений, важно помнить о необходимости общего двигательного режима.

Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен более 20 минут оставаться в одной и той же позе. Для каждого ребенка по рекомендации врача и специалиста по лечебной физкультуре индивидуально подбираются наиболее адекватные позы для одевания, кормления, купания, игры, логопедических занятий. Эти позы видоизменяются по мере развития двигательных возможностей ребенка. Взрослые должны следить за тем, чтобы ребенок не сидел в течение длительного времени с опущенной вниз головой, согнутой спиной и согнутыми ногами. Это приводит к формированию стойкой неправильной позы, способствует

укорочению задних мышц бедра и может привести к развитию сгибательных контрактур коленных и тазобедренных суставов. Чтобы этого избежать, ребенка следует сажать на стул так, чтобы ноги его были разогнуты, стопы стояли на опоре, голова и спина были выпрямлены.

Полезно в течение дня ребенка несколько раз укладывать на живот, добиваясь в этом положении разгибания головы, рук, спины, ног. Если это положение для ребенка трудное, под его грудь подкладывают небольшой валик.

Для развития контроля за положением головы в течение дня (2-3 раза) полезно делать следующие упражнения:

*Упражнение 1.* Положение на животе, руки вытянуты вперед. Подъем и опускание головы. Разведение рук в стороны и назад при поднятой голове. Ноги вытянуты. Избегать поднимания таза.

*Упражнение 2.* Положение на животе (на валике и без валика). Голова свешивается через край кушетки. Поднимание головы и движения ею во все стороны из этого положения.

Если у ребенка в положении на спине резко выражена разгибательная поза (голова откинута назад, руки и ноги разогнуты и напряжены), полезно в течение дня по несколько раз делать следующие упражнения на расслабление: положение на спине, голова опущена, руки скрещены на груди. Ноги полностью согнуты в тазобедренных и коленных суставах и отведены в стороны. Ребенка плавно покачивают в медленном темпе в передне-заднем направлении и в стороны. Усложнением упражнения являются такие же покачивания в той же позе, но с головой, откинутой назад.

Для развития предпосылок произвольных движений у детей первых лет жизни крайне важным является использование специальных приспособлений в виде больших пляжных мячей, валиков, качалок, поручней и т. п.

На 1-2-м году жизни полезными являются специальные упражнения на мяче. Ребенок в положении на животе помещается на большой мяч. Взрослый стоит на коленях сзади ребенка, между его ног, препятствуя их сведению. Руки ребенка вытянуты вперед. Для преодоления повышения мышечного тонуса взрослый кладет руку на ягодицы ребенка и нежными потряхивающими и покачивающими движениями давит вниз. Таким путем достигается снижение мышечного тонуса и облегчаются произвольные движения в конечностях.

Для преодоления высокого мышечного тонуса в мышцах плечевого пояса рука взрослого помещается на верхнюю часть спины и нежно толкает и «катает» верхнюю часть спины вниз к тазу. Если этими приемами снизить мышечный тонус не удастся, то

медленно покачивают и перекачивают мяч до нормализации мышечного тонуса.

После снижения мышечного тонуса стимулируют различные произвольные движения и, в первую очередь, повороты с одновременным разгибанием туловища, формируют правильную опору стоп и выпрямление туловища в тот момент, когда руки ребенка вытянуты вперед и вверх вокруг мяча.

С этой же целью проводят упражнения на валике. Ребенок сидит на валике верхом, ноги разведены, стопы, согнутые под углом 90°, опираются об пол. Ребенок должен сидеть устойчиво на ягодицах, выпрямив спину или слегка наклонившись вперед. При необходимости он может опираться руками на валик, при этом предплечья и кисти должны быть разогнуты, пальцы разведены, плечи и предплечья развернуты наружу. Эта поза препятствует оттягиванию корпуса назад, сгибанию предплечий и кистей рук.

Если в этом положении продолжает проявляться высокий мышечный тонус (туловище или рука оттягиваются вниз и сгибаются), то валик плавно раскачивается из стороны в сторону. Медленные, плавные раскачивания продолжаются до достаточного расслабления туловища и конечностей.

Важной задачей физического воспитания является формирование правильной осанки. Осанка — это привычное взаиморасположение частей тела, осанка отражает установившуюся у данного человека схему тела, она всегда очень индивидуальна. Основным в определении осанки является положение и форма позвоночника, угол наклона таза и развитие мускулатуры. Как известно, позвоночник имеет два физиологических изгиба, обращенных выпуклостью вперед (шейный и поясничный) — лордозы и два обращенных назад (грудной и крестцово-копчиковый) — кифозы. Эти изгибы в норме имеют важное значение для повышения устойчивости и улучшения подвижности позвоночника. Первым у ребенка развивается шейный лордоз при поднимании головы и сохранении позы с поднятой головой. По мере того как у ребенка развивается функция сидения, начинает формироваться грудной кифоз. Поясничный лордоз развивается под действием мышц, обеспечивающих вертикальное положение тела.

У детей с отставанием в физическом развитии, особенно у детей с церебральным параличом, все эти изгибы позвоночника развиваются с большим опозданием и неравномерно, что и обуславливает большую частоту нарушений у них осанки.

Для предупреждения и преодоления различных нарушений осанки важное значение имеют соблюдение двигательного режима

и специальные занятия лечебной физкультурой (ЛФК), а также массаж, занятия плаванием.

Ортопедический двигательный режим включает укладки на определенный промежуток времени на спине или на животе в постели со щитом, тонким матрасом и плоской подушкой. Используются специальные приспособления при сидении ребенка за столом, проводятся интенсивные курсы массажа.

Для преодоления и коррекции двигательных нарушений широко используется лечебная физкультура, которая включает корригирующие гимнастические упражнения, способствующие исправлению порочных поз и деформаций, упражнения на развитие координации движений, упражнения в равновесии, различные прикладные упражнения, направленные на развитие различных способов передвижения — ползанья, ходьбы, бега, прыжков, лазанья, метания, т. е. естественных движений, которыми здоровый ребенок овладевает самостоятельно.

Важное место в системе физического воспитания занимают подвижные игры и специальные спортивные упражнения: плавание, катание на санках, ходьба на лыжах.

Период ясельного и дошкольного возраста является наиболее благоприятным для предупреждения нарушений осанки у всех детей с отклонениями в развитии, в том числе и у детей с тяжелыми двигательными нарушениями — детским церебральным параличом. Но для успешного проведения этой работы важно понимать основные причины, которые определяют нарушения осанки у детей с церебральным параличом, понимать, почему у этих детей имеет место частое преобладание асимметричных поз и положений конечностей, неправильное положение головы, согнутая спина и т.п.

Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играют массаж и лечебная гимнастика. Это связано с тем, что в силу специфики двигательных нарушений у детей с церебральным параличом наблюдаются различные патологические изменения мышечного тонуса, из-за чего многие статические и локомоторные функции у них не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно.

Под влиянием массажа и лечебной физкультуры снижается мышечный тонус, нормализуются позы и положения конечностей, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения и ребенок начинает «правильно» ощущать позы и движения, что является мощным стимулом к развитию двигательных навыков.

Спецификой двигательных нарушений при ДЦП является то, что ребенок «не только не может действовать, но он никогда

не знал, как действовать» (Ж. Тардые). Поэтому, развивая движения ребенка, надо следить за тем, чтобы они выполнялись правильно, только при этом условии в мозгу ребенка могут формироваться правильные кинестетические ощущения и представления.

С учетом специфики двигательных нарушений при детском церебральном параличе основными задачами лечебной физкультуры являются следующие:

- развитие реакций выпрямления и равновесия;
- развитие функции рук и предметно-манипулятивной деятельности;
- развитие зрительно-моторной координации;
- торможение и преодоление неправильных поз и положений с нормализацией проприоцептивной афферентации, развитием так называемой позной адаптации. Для этого перед началом выполнения движений нормализуются позы и положения ребенка с выбором наиболее адекватных. Адекватными позами считаются те, в которых наилучшим образом нормализуется мышечный тонус, уменьшаются непроизвольные движения;
- предупреждение формирования вторичного порочного двигательного стереотипа, различных неправильных поз, положений и нарушений осанки.

При проведении всех мероприятий по развитию движений важно знать не только приемы стимуляции моторной активности и развития двигательных навыков и умений, но и те движения и положения конечностей, которых необходимо избегать в процессе занятий и в повседневной деятельности ребенка.

Для стимуляции развития двигательных функций важное значение имеет широкое использование комплексных афферентных стимулов: зрительных (большинство упражнений проводится перед зеркалом), тактильных (поглаживание конечностей, опора ног и рук на поверхность, покрытую различными видами материи, усиливающими тактильные ощущения, применение различных приемов массажа), проприоцептивных (специальные упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами), температурных (упражнения в воде с изменением ее температуры).

На всех занятиях у ребенка воспитывают возможность восприятия позы и направления движений, а также развивают возможность восприятия предметов на ощупь (стереогноз). Большое значение имеет развитие ощущений частей тела.

В качестве примера приводим некоторые упражнения по обучению вставанию и ходьбе с поддержкой.

При обучении вставанию и ходьбе важное значение имеет правильное распределение центра тяжести тела. С этой целью рекомендуется использовать следующий прием: ребенок стоит спиной к взрослому, который удерживает его за плечи, оттягивая их назад. Таким образом достигается рефлекторное расслабление приводящих мышц бедер, что облегчает движение ноги вперед и предупреждает перекрест ног при стоянии и ходьбе. Этот же прием будет использоваться в дальнейшем при поддержке ребенка во время ходьбы.

*Упражнение 1.* Развитие переноса веса тела с пяток на носки: ребенок стоит лицом к взрослому, который поддерживает его за руки, взрослый легкими движениями отклоняет ребенка назад, добиваясь опоры на пятки, а затем вперед, добиваясь опоры на носки.

*Упражнение 2.* Развитие равновесия в положении стоя: ребенок стоит, ноги параллельны и слегка разведены. Методист легкими толчками подталкивает ребенка сзади вперед, назад, в сторону. Ребенок должен сохранять равновесие, при боковых толчках перенести вес тела на одну ногу, отведя другую разогнутую ногу в сторону. Облегчающий прием — поддержка за бедра или плечевой пояс.

Обучению самостоятельной ходьбе предшествует овладение умением стоять в правильном положении без поддержки.

Важное значение имеют специальные упражнения, направленные на активизацию манипулятивной деятельности и развитие кинестетических ощущений в пальцах рук.

Полезны игры с руками ребенка: «ладушки», «сорока-белобока», помещение рук ребенка на руки взрослого. Во время кормления руки малыша должны охватывать чашку. Ребенка стимулируют к ощупыванию своих рук, ног, игрушек.

Важной задачей является формирование захвата предметов с участием большого и указательного пальцев и произвольного отпускания предметов, что является основой для подготовки руки к письму.

Для формирования готовности руки к письму со всеми детьми с отклонениями в развитии и особенно с детьми с ДЦП полезно проводить следующие упражнения:

— разглаживать лист бумаги ладонью правой руки, придерживая его левой, и наоборот;

— постукивать по столу расслабленной кистью правой (левой) руки;

— соединять концевые фаланги выпрямленных пальцев рук («домик»);

— соединять лучезапястные суставы, кисти разогнуты, пальцы отведены («корзиночка»);

— учить ребенка сгибать пальцы одновременно и поочередно; \* — противопоставлять первому пальцу все остальные поочередно при предварительном расслаблении путем потряхивания мышц кисти.

Физическое воспитание детей с отклонениями в развитии всегда осуществляется в системе комплексных лечебно-педагогических мероприятий.

Лечебные мероприятия на первом году жизни направлены на улучшение обменных и, главным образом, окислительно-восстановительных процессов в нервной системе, нормализацию внутричерепного давления, стимуляцию и нормализацию деятельности ЦНС.

Физическое воспитание сочетается с приемами и методами педагогической реабилитации и имеет важное значение в развитии эмоционально положительного общения ребенка со взрослым, зрительного, слухового и особенно двигательного-кинестетического восприятия. Оно способствует стимуляции голосовых реакций, формированию предпосылок для понимания речи и развития зрительно-моторной координации. С этой целью в процессе лечебного массажа и специальных упражнений по развитию движений используются яркие, звучащие игрушки. Внимание ребенка привлекается к этим игрушкам, их вкладывают в его руку, стимулируют осязательные движения руки, побуждают малыша к захвату игрушки.

С помощью различных приемов малыша учат захватывать и затем произвольно отпускать предмет. Для этого, прежде всего, проводится коррекция положения большого пальца, который должен быть установлен в среднефизиологическом положении. Для улучшения проприоцептивных ощущений проводят массаж кистей и кончиков пальцев с применением щеток различной жесткости.

Необходимо стимулирование подражательной моторной и звуковой активности. Для того чтобы ребенок усвоил названия некоторых движений (*ладушки, до свидания, дай ручку* и др.), эти команды произносятся с одновременным выполнением обозначаемых ими действий.

На первом году жизни особое значение для психомоторного развития ребенка имеет его эмоционально положительное взаимодействие с близкими взрослыми. Дети с отклонениями в развитии<sup>в</sup> раннем возрасте отличаются общим беспокойством, они плохо



### 2.3. Физическое воспитание в преддошкольном возрасте

На этом возрастном этапе в процессе физического воспитания у детей формируется кинестетическое восприятие.

При развитии двигательных функций широко используют звуковые ритмические и речевые стимулы. Многие упражнения полезно проводить под музыку. Особо важное значение имеет четкая речевая инструкция, которая нормализует психическую деятельность ребенка, улучшает понимание речи, обогащает словарный запас.

Чрезвычайно важной задачей физического воспитания на этом возрастном этапе является максимальное расширение предметно-практической деятельности ребенка, которая открывает широкие возможности для формирования представлений об окружающей действительности.

Развитие моторики рук проводится путем стимуляции игровой деятельности ребенка.

## 2.4. Физическое воспитание в дошкольном возрасте

Большое внимание уделяется развитию функции руки, подготовке ребенка к овладению навыком письма, развитию пространственных представлений. Ребенка учат изолированным движениям одной руки (все остальные части тела при этом должны находиться в полном покое).

Для стимуляции развития изолированных движений указательного пальца используют ряд специальных упражнений, например надавливание указательным пальцем на кнопки, издающие звук, клавиши фортепиано.

Для развития пространственных представлений используют специальные дидактические игры и игрушки. Например, игра «Игры с ящиками» представляет собой пластмассовую коробку с крышками — полукруглой, треугольной, прямоугольной, квадратной и шестиугольной.

Игры на развитие восприятия формы тренируют зрительно внимание и способствуют формированию пространственных представлений. Если ребенку недоступна игра «Почтовый ящик», то начинают игры-упражнения с различения формы шара, круга и их размеров: *большой — маленький*. Для этого берется ящик, в стенках которого имеются прорезы большого и маленького размера одной стороны ящик открыт. Ребенку дают ящик, шарики двух размеров и предлагают задание: *Большой шар положить в большое окошко, маленький — в маленькое*. На следующих занятиях ребенка учат различению форм шара и куба, круга и квадрата. Число геометрических фигур, которые дети должны различать и с которыми должны уметь манипулировать, постепенно увеличивается. Для закрепления этих знаний используется доска с прорезями различной формы и величины и соответствующие геометрические фигурки к ней (доски Сегена), а также описанный выше «Почтовый ящик».

В специальных играх со строительным материалом ребенка учат различать высоту и длину предметов, формируют понятия *высокий — низкий, длинный — короткий, большой — маленький*.

Для развития зрительно-моторной координации используются игры «Лабиринты», в которых нужно глазами и пальцем проследить извилистый путь какого-либо сказочного персонажа к своему домику, игра «Колобок» и др.

Физическое воспитание детей с отклонениями в развитии неразрывно связано с развитием их мышления. Ребенка следует научить не только наблюдать, но и дифференцировать и обобщать предметы и явления окружающего мира.

Важное значение имеют также специальные игры-упражнения по развитию пространственных представлений.

## 2.5. Развитие пространственных представлений и конструктивного праксиса в процессе физического воспитания

Подготовка детей с отклонениями в развитии к обучению может быть успешной лишь при условии сформированности у ребенка основных пространственных представлений.

У нормально развивающихся детей к началу школьного обучения обычно сформированы основные формы пространственных представлений: ребенок выделяет основные пространственные признаки предметов — форму и величину; имеет представления о направлениях пространства, а также о пространственных отноше-

ЖДУ предметами, понимает и использует речевые средства  
ниях к начения пространственных взаимоотношений между пред-

к многих специальных исследованиях показана недостаточность сформированности пространственных представлений у различных категорий детей с отклонениями в развитии. Лишь у многих из них затруднения в формировании пространственных представлений проявляются в несформированности пространственного анализа и синтеза, недостаточности ориентировки в сравнениях пространства и затруднениях определения пространственных отношений между предметами.

Механизм недостаточности пространственных представлений различных категорий детей с отклонениями в развитии может быть разным. В более тяжелых случаях это может быть локальное поражение теменных отделов коры головного мозга, что нередко имеет место у детей с церебральными параличами при поражении теменно-височно-затылочной области коры головного мозга. В этих случаях у ребенка появляется так называемая *зрительно-пространственная, или конструктивная апраксия*. У ребенка с трудом формируется возможность различения правой и левой стороны, он даже к школьному возрасту не понимает смысла предлогов *над, под, за*.

Такой ребенок с большим трудом обучается конструктивной деятельности, он не может сложить из кубиков или из палочек цельное изображение, картинку, квадрат или треугольник, особенно стойкие затруднения он испытывает в рисовании: не может нарисовать лицо человека, изобразить циферблат часов.

В дошкольном возрасте у него наблюдаются стойкие затруднения в дифференциации правой и левой стороны тела.

Такие стойкие пространственные нарушения характерны для детей с церебральным параличом. Нарушения формирования пространственных представлений у этих детей могут быть связаны с ограничениями в движении глаз с одной или с обеих сторон. Из-за наличия внутреннего косоглазия ребенок привыкает пользоваться ограниченным полем зрения, игнорируя наружные поля зрения. При большом поражении моторного аппарата левого глаза может

людаться своеобразное нарушение — односторонняя пространственная агнозия. В этих случаях ребенок привычно игнорирует левое поле зрения. При специальных пробах на конструктивный праксис он не достраивает части фигуры слева, рисует и пишет только на правой стороне листа, при рассматривании карт видит также только изображение справа; то же имеет место при обучении грамоте у ребенка могут возникнуть

существенные затруднения, особенно в чтении. Нарушения чтения у него будут зависеть от патологии его зрительного восприятия. С таким ребенком необходимо как можно раньше начинать специальные занятия по развитию движений глазных яблок и укреплению паретичных мышц. Для этого используют яркие звучащие игрушки, располагая их в направлении наиболее дефектного движения, всячески стимулируя развитие этого движения. Необходимо проводить серии упражнений в прослеживании игрушки во всех направлениях, добиваясь плавности движения и возможности переключения с одного движения на другое. Подобного рода нарушения могут наблюдаться у детей с дефектами зрения.

Проявления конструктивной апраксии могут наблюдаться у различных категорий детей с отклонениями в развитии при нарушениях созревания у них корковых теменных отделов мозга.

Несформированность пространственных представлений характерна для всех категорий детей, у которых имеет место замедленный и неравномерный темп созревания ЦНС или недоразвитие коры головного мозга, например у детей с ЗПР, стойкими речевыми расстройствами, у умственно отсталых детей.

Имеется определенная характерная динамика в развитии пространственных представлений, характерная как для нормального, так и нарушенного психического развития. Первоначально у ребенка формируются представления о форме предметов, затем о величине и направлениях пространства. У всех детей с отклонениями в развитии особенно нарушено словесное определение пространственных отношений между предметами, замедленно, по сравнению со здоровыми сверстниками, формируется конструктивное мышление, требующее полноценной аналитико-синтетической деятельности мозга. Поэтому для всех детей с отклонениями в развитии важное значение имеет проведение ранней коррекционной работы по развитию пространственных представлений. Эта работа проводится в процессе игровой деятельности ребенка, регулируемой взрослыми. Важное значение в развитии пространственных представлений имеют все виды деятельности: рисование, лепка, конструирование, специальные двигательные упражнения.

Во всех этих видах деятельности ребенка учат наблюдать за предметами, выделять в них пространственные признаки и отношения, находить между ними сходство и различие, обобщать их по комплексу пространственных признаков и словесно их обозначать.

На начальных этапах работы педагог совместно с ребенком сравнивает предметы по признакам различия, например шар и

Берется ящик, в стенках которого имеются прорезы круглой кубик. Ребенку даются кубики и шарики. На первом и квадрат знакомят с формами шара и куба и отверстиями. Развивают элементарные навыки переноса: шар — на круг, квадрат — в отверстие квадратной формы. Затем дифференцируют другие геометрические формы, для занятия «Почтовый ящик». Эти игры предлагаются ребенку с трех лет. Нормально развивающиеся дети до трех лет пользуются силой при выполнении этого задания. Однако уже к трем годам у них появляются отдельные целенаправленные пробы, а к четырем они выполняют это задание путем зрительного соотнесения, хотя и допустимы еще отдельные пробы. Однако к шести годам ребенок должен пользоваться в основном зрительным соотнесением.

Важное значение имеет обучение ребенка конструированию по подражанию. Это занятие проводится совместно с педагогом. Педагог на глазах у ребенка производит различные постройки из кубиков, стимулируя ребенка к подражанию. Педагог и ребенок строят «домик», «мостик», «стол» и т. п. Такие занятия проводятся с детьми, начиная с трех лет.

Ребенка обучают также разбирать и складывать матрешки, пирамидки. Разбор и складывание матрешки дается детям, начиная с трехлетнего возраста. К возрасту четырех-пяти лет ребенок уже должен складывать матрешку без предварительных проб.

Обучение складыванию шестисоставной матрешки проводится с детьми старше четырех лет.

Проводятся специальные игры-занятия по разбору и складыванию пирамиды. Эти упражнения проводятся с детьми, начиная с двух лет.

Обычно до трех лет здоровые дети еще могут складывать пирамиду без учета величины. Однако к четырем годам они начинают прибегать к пробам, или примериванию, а старше пяти лет справляются с этим заданием после первого предъявления.

Важное значение для формирования пространственных представлений имеет развитие у ребенка способности к конструированию. На первых этапах работы ребенка учат конструировать по образцу. Эти занятия начинают проводить с детьми в возрасте трех лет.

Потом переходят к более сложным заданиям — конструированию по образцу. Эти занятия проводятся с детьми, начиная с четырех лет. Даже нормально развивающийся ребенок может выкладывать правильно это задание лишь к четырем-пяти годам.

Как уже отмечалось, наиболее выраженные пространственные нарушения наблюдаются у детей с церебральным параличом. При воспитании у этих детей восприятия формы предметов обязательно подключают тактильное восприятие и речь. Каждая предъявляемая ребенку геометрическая форма называется, и ребенок ощупывает ее руками, затем с помощью игры «Волшебный мешочек» он начинает узнавать ее на ощупь.

Можно использовать также игры.

1. Подбери предмет, подходящий по форме. На специальных карточках изображены знакомые ребенку предметы (огурец, яблоко, шар, тарелка, пенал, колесо, книга, портфель) и 4 трафарета геометрических фигур (прямоугольник, круг, треугольник, овал). Перед ребенком выкладываются трафареты фигур и ему предлагается подобрать к каждой фигуре похожую картинку.

2. Вспомнить и назвать предметы, похожие на круг, квадрат, треугольник.

3. Узнавание и копирование геометрических фигур. Ребенка просят на ощупь узнать фигуры, находящиеся в мешочке, назвать, а затем нарисовать (прямоугольник, треугольник, круг, квадрат)<sup>1</sup>.

4. Определить, из каких геометрических фигур составлен рисунок (см. рис.).



5. Выложить фигуры из 3 палочек по образцу. Сначала образец выкладывают перед ребенком, затем убирают, и ребенок восстанавливает фигуры по памяти.

6. Построение башни: а) по образцу; б) по словесной инструкции.

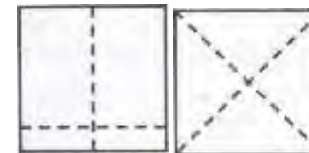
<sup>1</sup> Частично использованы материалы из кн.: Чего на свете не бывает / Под ред. О.М. Дьяченко, Е.Л. Агаевой М., 1991 и *Забрачная С.Д.* Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. М., 1990.

-7 выкладывание узоров по образцу из мозаики. Гадывание изображений предметов из отдельных частей.



9. Игры-лабиринты.

10. Складывание из частей геометрических фигур.



Предлагается и целый ряд других заданий.

На первом этапе коррекционной работы у ребенка развивают анализ образца и обобщенное восприятие формы предметов, учат выделять аналогичную форму в окружающих предметах, сопоставлять формы реальных предметов с геометрическими.

В дошкольном возрасте ребенка учат преобразованию геометрических фигур, предлагая ему из одной геометрической фигуры сделать другую. В качестве дидактического материала используется строительный материал, палочки, кубики, различные игрушки, мозаика, головоломки, рисунки-схемы.

Основной задачей этих занятий является формирование у ребенка обобщенных представлений о форме предметов, развитие зрительно-моторной координации, конструктивной деятельности.

Важным направлением работы является развитие представлений о направлениях и, прежде всего, формирование ориентировки «правом» и «левом» и развитие схемы тела.

Развитие схемы тела тесно связано с формированием пространственного восприятия. При нормальном развитии формирования схемы тела тесно связано с общим сенсомоторным развитием. Имеются указания о значении вестибулярных стимулов в развитии схемы тела.



У детей с двигательными нарушениями, особенно с церебральным параличом, развитие представлений о схеме собственного тела нередко происходит с трудом. В силу моторной недостаточности, нарушений предметной деятельности, а также особенностей созревания мозга (замедленное формирование межполушарной асимметрии) ручная асимметрия формируется в более поздние сроки. В связи с этим понятие правое и левое также может быть длительное время недоступно этим детям. Поэтому необходимо проводить специальные занятия по развитию у них представлений о схеме тела и ориентировки в «правом» и «левом». С этой целью организуют специальные занятия по лечебной физкультуре, на которых ребенка учат различать правую и левую сторону, проводят специальные упражнения по преодолению «зеркальности».

Развитию пространственной ориентировки способствуют также специальные занятия, направленные на развитие зрительно-моторной координации, тонких дифференцированных движений пальцев рук. Большое значение в развитии понятий «правое» и «левое» имеют специально организованные игры, обучение рисованию, ориентации на листе бумаги.

При подготовке ребенка к обучению важно сформировать у него представления о пространственных отношениях между предметами окружающего мира. Развитие этих представлений тесно связано с формированием понимания логико-грамматических конструкций, сформированность которых, в свою очередь, является важным показателем готовности ребенка к обучению.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Назовите общие принципы лечебной педагогики.
2. Какие методы физического воспитания и укрепления физического здоровья, развития и нормализации движений используются в дошкольном и дошкольном возрасте?
3. Какие методы развития пространственных представлений и конструктивного праксиса используются в процессе физического воспитания?
4. Как происходит формирование устной речи и коррекция речевых нарушений в процессе ознакомления детей с окружающим миром, сенсорного воспитания, развития игровой и познавательной деятельности?
5. Как проводится подготовка детей с отклонениями в развитии к обучению математике?
6. Какова роль дидактических игр в умственном воспитании дошкольника?
7. Как подготовить ребенка к обучению письму?
8. Как подготовить ребенка к обучению чтению?

182

### Рекомендуемая литература

- Гаврилушкина О.П.* Обучение конструированию в дошкольных учреждениях для умственно отсталых детей. М., 1991.
- Гигиенические основы воспитания детей от 3 до 7 лет / Сост. В.И. Теленчи. М., 1983.
- ДВбинская И.Д.* Формирование здоровья детей, воспитывающихся в детских дошкольных учреждениях. М.: Педиатрия, 1979.
- Екжанова Е.А., Стребелева Е.А.* Организация и содержание коррекционно-воспитательной работы в специализированном дошкольном учреждении для детей с нарушением интеллекта (умственно отсталых). М., 2000.
- Екжанова Е.А., Стребелева Е.А.* Технологии, укрепляющие здоровье в системе коррекционно-развивающего обучения воспитанников специальных дошкольных учреждений // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. №4.
- Екжанова Е.А., Стребелева Е.А.* Раздел «Здоровье» в программе коррекционно-развивающего обучения дошкольников с ЗПР // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. № 5.
- Забражная С.Д.* Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. М., 1990.
- Лурия А.Р.* Развитие конструктивной деятельности дошкольника // Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста. М., 1948.
- Смирнова Е.О.* и др. Воспитание детей раннего возраста. М., 1996.

### Глава 3. РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Для развития познавательной деятельности ребенка дошкольного и дошкольного возраста важное значение имеет воспитание различных видов чувствительности и формирование игровой деятельности, а также специальное умственное воспитание. При этом важно учитывать возрастные закономерности и механизмы умственного развития ребенка.

Умственное воспитание ребенка осуществляется в процессе различных видов его продуктивной деятельности, ознакомления с окружающим путем специального формирования у него математических представлений и понятий, а также в процессе развития речи. Кроме того, важное значение для развития мышления имеют так называемые дидактические игры.

Одной из важнейших задач умственного воспитания дошкольника является создание необходимых предпосылок для перехода его с так называемого дооперационного мышления на более высо-

183



кий уровень конкретных операций (Ж. Пиаже). На первом этапе работы основной задачей является максимальное развитие дооперационного мышления. Известно, что период дооперационного мышления охватывает возраст от 2 до 7 лет. Важнейшими формами мышления дошкольника являются наглядно-действенное и наглядно-образное, которые имеют определяющее значение в общем процессе умственного развития ребенка.

Концепция умственного развития ребенка Ж. Пиаже имеет важное значение при разработке системы умственного воспитания дошкольника.

Для развития мышления ребенка основную роль играет его практическая деятельность, в процессе которой и развиваются наглядно-действенные формы мышления.

В процессе наглядно-действенного мышления у ребенка формируется возможность соотнесения условий задачи с ее требованиями, что является важным показателем умственного развития. Процесс мышления вплетается в практическую деятельность ребенка. Наглядно-действенное мышление является основой формирования других, более сложных форм. Поэтому в первую очередь у детей с особыми нуждами необходимо развить этот тип мышления. Прежде всего ребенка необходимо научить соотносить условия задач с их требованиями. Вначале ребенку предлагаются простые практические задания, например, в процессе игры с кубиками, конструировании.

На основе наглядно-действенного мышления формируется новая, более сложная форма — наглядно-образное мышление. У ребенка развивается возможность выполнять те или иные умственные задания без непосредственных практических действий.

В работах многих исследователей показана роль речи, в том числе и «речи про себя» для развития образного мышления. Отмечается также, что переход детей дошкольного возраста от наглядно-действенного к образному мышлению зависит от степени сформированности ориентировочно-исследовательской деятельности, умения устанавливать существенные ситуационные связи.

Ведущее значение для развития этой формы мышления имеют такие виды деятельности ребенка, как конструирование, изобразительная деятельность, труд.

В процессе формирования образного мышления у ребенка развивается возможность планирования своих действий.

Для развития познавательной деятельности ребенка важно, чтобы он научился играть и овладел определенными систематизированными знаниями об окружающей жизни: о явлениях

об окружающей действительности. Эти знания подразделяются на две группы. Первая группа содержит знания и умения, которые дети должны усвоить в повседневном общении и прежде всего, с родителями. Эти знания усваиваются в быту и играх. Вторая — более сложные знания и умения,

которые усваиваются в процессе обучения на специальных занятиях.

Эти знания усваиваются в процессе целенаправленного сенсорного воспитания ребенка путем формирования у него обобщенных и систематизированных представлений об окружающей действительности. Необходимо, чтобы ребенок усвоил систему сенсорных эталонов путем перцептивных и интеллектуальных действий. Важное значение при этом имеет развитие у ребенка обобщенных способов обследования предметов с одновременным подключением нескольких анализаторов: зрительного, тактильно-кинестетического, слухового. Важно в процессе проведения каждого занятия по ознакомлению ребенка с основными свойствами предметов организовывать и активизировать познавательную деятельность, т. е. необходимо сочетать умственное и сенсорное воспитание. Во всех видах деятельности ребенка необходимо активизировать как сенсорные, так и умственные процессы. Следует формировать у ребенка обобщенный способ обследования предметов, выделения существенных связей в различных областях знаний, развивать самостоятельность мышления. При развитии самостоятельности детского мышления важно, чтобы педагог, ставя перед ребенком ту или иную задачу, обучал его способам ее решения, формируя таким путем важнейшие мыслительные процессы: анализ, сравнения, обобщения.

Важнейшей задачей умственного развития ребенка является формирование у него таких форм познания предметов и явлений окружающей действительности, которые отражали бы существенные признаки, связи и взаимоотношения между ними. Таким путем у ребенка создаются предпосылки для формирования обобщенных представлений и элементарных понятий.

Формирование понятий является одной из важнейших задач подготовки ребенка к обучению в школе.

В настоящее время многими выдающимися отечественными психологами показано, что в процессе четко организованного воспитания и развития детей дошкольного возраста можно очень эффективно способствовать развитию их умственным развитием при правильном применении теории поэтапного усвоения умственных действий. Развитие умственных действий основное значение имеют метные действия, особенно тогда, когда ребенок в предметной

деятельности ориентируется на существенные признаки предметов. Поэтому очень важно с помощью специальных педагогических методов научить ребенка выделять существенные признаки предметов. Существует специальная методика поэтапного формирования умственных действий, с помощью которых ребенок усваивает системы понятий. Ее основу составляют приемы, обеспечивающие возможность передачи детям в доступной форме систематизированных знаний, отражающие существенные связи и зависимости окружающей действительности. Прежде всего, необходимо определить содержание знаний, которые должен усвоить ребенок в период дошкольного развития. Важно использовать своеобразие каждой детской деятельности для стимуляции умственного развития, которое, само по себе, является результатом формирования умственных действий. Для осуществления этой задачи необходимы глубокие знания о закономерностях детского развития. В настоящее время показана важнейшая роль ранних стадий развития и раннего обучения для формирования психики ребенка. Стадии психического развития ребенка, детерминированные генетической программой развития, конкретно реализуются в процессе общения со взрослым, воспитания и обучения. При этом первостепенное значение имеет обучение ребенка конструктивной деятельности, рисованию, ознакомление его с окружающим миром, развитие у него математических представлений, подготовка его к обучению чтению и письму.

Важное значение в дошкольном возрасте имеет развитие различных форм мыслительной деятельности: понятия, суждения и умозаключения. Перед поступлением в школу ребенок должен овладеть не только единичными, но и общими понятиями типа: *Кошка — это животное, машина — это транспорт* и т. п. Наряду с формированием понятий о конкретных предметах, следует формировать абстрактные понятия о причинно-следственных связях, о временных отношениях, представления о количестве, пространстве и т. п.

В настоящее время большинство авторов показатели умственного развития не сводят только к знаниям и представлениям об окружающем мире, а обращают внимание на разные аспекты умственной деятельности, подчеркивая значимость активности, инициативы при выполнении ребенком тех или иных умственных операций. Важным условием умственного развития считается приобретение знаний и умение оперировать ими.

В последние годы углубляются представления об умственном развитии ребенка за счет введения в анализ предложенного Л.С. Выготским понятия *психологического новообразования*, т. е.

того качественно нового, что появляется в умственном развитии на каждом возрастном этапе<sup>1</sup>. При этом основное внимание уделяется тем психическим функциям, которые находятся в зоне ближайшего развития.

Основным источником развития считается обучение<sup>3</sup>. Важной задачей обучения считается не только формирование у ребенка конкретных знаний и представлений, а активизация познавательной деятельности самого ребенка.

Развитие познавательной деятельности направлено на формирование логического мышления ребенка. В логическом мышлении выделяют две основные стадии:

- конкретно-понятийную;
- абстрактно-понятийную<sup>4</sup>.

На конкретно-понятийной стадии все мыслительные операции неразрывно связаны с конкретным наглядным материалом.

На абстрактно-понятийной стадии ребенок усваивает абстрактные понятия, на этой стадии формируются обобщенные мыслительные операции. В развитии абстрактного мышления ведущее значение принадлежит речи.

На конкретно-понятийной стадии ребенка учат выделению признаков предметов на основе цвета, формы, величины, сравнению предметов по определенным заданным признакам, например сравнению предметов по длине, ширине, высоте. Ребенок усваивает такие понятия, как *одинаковые, длиннее — короче, шире — уже, выше — ниже, больше — меньше* и т. п.

Затем ребенка учат сравнивать предметы по степени выраженности того или иного признака, например по интенсивности цвета, по убывающей величине. Для этой цели широко используются ряды матрешек, которые ребенок выстраивает по убывающей величине, а также ставит недостающую матрешку в ряд. Умение строить последовательный ряд по величине является важным этапом в развитии конкретно-понятийного мышления.

Выготский Л.С. Педагогическая психология/ Под ред. В. В. Давыдова. М., 1983. С. 388; Маркова А. К. Лидере А.Г. Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. Петрозаводск, 1992. С. 16.

Талызина Н.Ф. Формирование познавательной деятельности учащихся М., 1986. С. 55-56.

Выготский Л.С. Педагогическая психология/ Под ред. В.В.Давыдова М, 1983. С. 388.

Тигранова Л. И. Развитие логического мышления детей с недостатками слуха. М: Просвещение, 1991.



Важное значение имеют занятия, направленные на обучение ребенка узнавать предметы по основным признакам. С этой целью широко используются загадки.

На конкретном, знакомом для ребенка материале развивают обобщающие понятия, ребенка просят называть обобщающим термином определенные группы слов, например *стол, стул, шкаф, кровать... чашка, тарелка, стакан, блюдо* и т. п. Ребенка учат отвечать на вопросы:

Каких ты знаешь животных?

Какие ты знаешь фрукты?

Назови овощи.

Какие ты знаешь игрушки?

Что такое посуда? Перечисли предметы, которые относятся к посуде.

Что такое одежда? Назови предметы одежды и т. д.

Очень важно научить ребенка группировать предметы по одному главному признаку: по цвету, форме или величине, предметные картинки по родовым и видовым понятиям (посуда, одежда, игрушки, овощи, фрукты и т. д.).

На следующем этапе ребенка учат группировке предметов по двум признакам, например: одновременно по цвету и величине, по форме и цвету и т. п.

Важное значение для развития логического мышления имеют специальные игры-упражнения на классификацию предметов. Ребенку дается набор картинок с изображением отдельных предметов и предлагается разложить их на группы «похожие с похожими» и назвать эти группы одним словом, например: *овощи, фрукты, одежда, посуда* и т. п.

Кроме того, проводят специальные занятия по развитию у детей понимания скрытого смысла рассказа или сказки, такой, например, как «Нерешенный вопрос».

### Нерешенный вопрос

Жили на одном дворе кот, петух, собака и коза. Жили **они дружно**, но один раз поссорились, так как не могли согласиться друг **с другом**, что вкуснее всего.

— Вкуснее всего молоко, — сказал кот Васька.

— Ничего подобного, — сказал петух. — Вкуснее всего крупа или овес.

— Пустяки вы говорите, — сказала собачка Жучка, — вкуснее всего косточка.

— Нет, — сказала коза, — я не согласна с вами, вкуснее всего сено. Так и спорят они до сих пор. Помогите им помириться. Как решить их спор?

Проводят также специальные занятия по развитию памяти, внимания, конструктивной деятельности (ребенка учат из частей складывать целое: предлагаются картинки, разрезанные на две части, потом — на три, четыре и т. п.).

Для развития восприятия формы и пространственных представлений ребенку предлагаются фигуры, разные по форме, и коробка, закрытая крышкой, на которой сделаны прорезы, соответствующие форме данных фигур. Ребенку предлагается опускать фигуры в соответствующие прорезы коробки, которые ребенок должен сам подбирать путем зрительного соотнесения.

Важное значение для развития мышления и речи имеют рассказы по сюжетной картинке и по серии сюжетных картинок, а также упражнения на простейшие умозаключения, понимание метафор, пословиц, а также обучение счетным операциям.

Для развития и активизации познавательной деятельности детей учат отгадывать загадки. В процессе отгадывания загадок ребенку задают наводящие вопросы.

Для стимуляции логического мышления проводятся также занятия по выделению линией четвертой картинки.

Важное значение для развития познавательной деятельности и подготовки ребенка к обучению имеет работа по совершенствованию связной речи, развитию словообразования, правильного употребления в речи предлогов, обучение рассказыванию, разучиванию стихотворений, работа с загадками, а также развитие памяти и внимания.

При развитии познавательной деятельности очень важно опираться на психическое состояние радости, ненапряженности<sup>2</sup>.

Педагогическое занятие должно всегда вызывать у ребенка состояние радости. Самочувствие и настроение ребенка после занятий должны оставаться хорошими<sup>1</sup>.

### 3.1. Сенсорное воспитание и развитие игровой деятельности

Сенсорное воспитание направлено на развитие зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия (восприятия движений). Оно является очень важным для развития позна-

*Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Е.* Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М.: Просвещение, 1990.

*Маркова А.К., Лидере А.Г., Яковлева Е.Л.* Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. Петрозаводск, 1992. С. 73.

Там же.

вательной деятельности ребенка, для подготовки его к обучению в школе.

Ощущение и восприятие — это процессы отражения предметов и явлений окружающей действительности. Ощущения возникают при воздействии на организм отдельных свойств предметов (запаха, вкуса, цвета, звука, двигательных стимулов). Восприятие — это целостное отражение объектов и явлений окружающего мира. Процесс восприятия тесно связан с речью, мышлением, памятью, представлениями.

У детей с отклонениями в развитии имеет место отставание в развитии этих процессов. Процессы восприятия у них замедлены, недостаточно избирательны, часто фрагментарны и не обобщены. Недостаточность процессов восприятия задерживает развитие всей познавательной деятельности ребенка. Поэтому при подготовке ребенка к школе очень важно развивать у него процессы ощущения и восприятия, особенно целенаправленности восприятия. В играх, на прогулке, на занятиях изобразительной деятельности, труда необходимо обращать внимание ребенка на те или иные свойства предметов, учить его вслушиваться, всматриваться, узнавать предметы на ощупь. Процесс узнавания — это более сложный этап восприятия, который тесно связан с памятью, речью, мышлением. Важно, чтобы восприятие ребенка всегда было осмысленным.

В процессе предметной и игровой деятельности ребенка необходимо учить устанавливать размеры предметов, определять их форму, цвет, пространственные взаимоотношения. Для совершенствования восприятия очень полезны занятия рисованием, лепкой, конструированием, спортивные игры и физические упражнения.

В процессе этой деятельности ребенок учится пользоваться наглядным образцом и выполнять действие по устной инструкции, у него развивается воображение, представления, наглядно-образное и наглядно-действенное мышление.

При проведении специальных занятий с детьми по развитию восприятия следует иметь в виду, что восприятие формируется в процессе осмысленных действий с предметами.

Зрительное восприятие у детей с особыми нуждами может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз (что часто имеет место у детей с церебральным параличом), нарушений фиксации, снижения остроты зрения и т. п. Во всех этих случаях ребенку трудно отыскать взглядом предмет, рассмотреть его и проследить его перемещение. Поэтому развивая зрительное восприятие надо помнить о необходимости тренировки движений глаз в поиске предмета, в прослеживании и зрительной фиксации. Для

этого используют специальные игры-занятия, в том числе и игру «Лабиринт», где нужно проследить извилистый путь различных персонажей сказки.

С детьми старшего дошкольного возраста полезно использовать игры с фишками, с попаданием в цель различных предметов, игры в настольный теннис и др.

Все эти задания являются очень важными, так как показано, что у детей с нарушениями фиксации взора, с недостаточным прослеживанием предмета и ограниченным полем зрения в дальнейшем могут иметь место нарушения внимания и неумение сосредоточиться на задании.

У многих детей с органическим поражением ЦНС, особенно у детей с церебральным параличом, недостаточно развита зрительно-моторная координация и зрительно-пространственное восприятие. В дальнейшем эти нарушения могут вызвать затруднения в обучении этих детей. У детей может формироваться так называемый патологический глазодвигательный стереотип, который чаще всего проявляется в игнорировании одного из полей зрения. Это приводит к своеобразным нарушениям зрительного восприятия, затрудняет процесс овладения чтением и письмом. Рассогласованность в работе зрительной и моторной систем нарушает формирование активного устойчивого внимания.

Для развития и совершенствования восприятия пространства, величины, формы, расстояния, местоположения и пространственных отношений между предметами полезно использовать специальные упражнения.

И серия упражнений: раскладывание предметов на «кучки» с учетом величины, формы. Предлагаются специальные игры («Почтовый ящик»), доски Сегена. С помощью зрительного соотнесения восприятия формы ребенок учится выполнять это задание.

Все упражнения на узнавание и соотнесение геометрических фигур тренируют зрительное внимание и способствуют развитию у ребенка пространственных представлений.

Если у ребенка еще не сложились представления о форме предмета, то упражнения начинают с различения шара, круга и их размеров (*большой — маленький*). Берется ящик, в стенках которого имеются прорези большого и маленького размера; с одной стороны ящик открыт. Ребенку дают ящик и шарики двух размеров с таким расчетом, чтобы большие шарики не могли пройти через меньшие отверстия. При этом взрослый поясняет: *Вот большой шарик. Шар вкладывается в руку ребенка, тот ощупывает его. — А это маленький шар (маленький шар ребенок тоже ощупывает). большой шар положи в большое окошко, маленький — в малень-*

кое. Ребенок должен опустить в отверстие сначала большой, потом маленький шар и назвать каждый.

На следующих занятиях ребенка учат различать формы шара и куба, круга и квадрата. Берется коробка, открытая с одной стороны, на стенках которой имеются отверстия круглой и квадратной формы большого и маленького размера, шары и кубики тоже двух размеров. На первом занятии ребенок знакомится с различными формами и размерами шара и куба, а затем с отверстиями на коробке. На этом занятии у него воспитываются элементарные навыки переноса: шар — отверстие круглой формы, кубик — квадратной. Вначале взрослый предлагает ребенку опустить в коробку большой шарик и большой кубик. Когда он это усвоил, предлагается следующая игра: даются два шарика и два кубика (большие и маленькие). Вначале ребенку предлагают поочередно подержать и пощупать их. Затем дается инструкция: *В большое окошко брось большой шарик, в маленькое — маленький шарик.* Число геометрических фигур, которые дети должны различать, постепенно увеличивается. Игра «Почтовый ящик» дается для закрепления. Предъявляются доски с прорезями различной формы и величины и соответствующие фигурки к ним (доски Сегена). Ребенок должен научиться в каждую прорезь класть соответствующую фигурку.

Различение и закрепление понятий *большой* и *маленький* проводится в различных играх-упражнениях на конструктивную деятельность: постройки башен из кубиков, игры с разборными игрушками.

Игры с разборными игрушками особенно полезны для детей с двигательными расстройствами и, в первую очередь, для детей с церебральными параличами. В этих играх не только формируется представление о величине предмета, но развивается манипулятивная деятельность рук и пространственные представления, отрабатывается последовательность действий. Проводятся также игры с матрешками, пирамидками.

Ребенка учат различать высоту предметов (*высокий* — *низкий*) длину (*длинный* — *короткий*), объем. Эти понятия усваиваются и закрепляются и в быту, и в игровой, и в конструктивной деятельности.

Для формирования этих понятий проводятся специальные игры-упражнения со строительным материалом. При помощи этих игр дети практически получают конкретные представления о различной форме, величине предметов, приобретают навыки пространственной ориентировки. Во время игр они приучаются целенаправленно действовать и подражать взрослым. В занятиях со

тооительным материалом значительно обогащается содержание детской игры.

Для игры со строительным материалом, кроме кубиков, кирпичиков различных размеров, даются дополнительные наборы небольших игрушек. Важно, чтобы эти игрушки были устойчивы, по размерам соответствовали постройкам и не имели отвлекающих деталей. Игрушки ребенку даются тогда, когда он уже сделал постройку, это стимулирует его, заставляет довести игру до конца.

При проведении занятий со строительным материалом важно соблюдать определенную последовательность. Если ребенок плохо справляется с какой-либо постройкой, необходимо ее несколько раз повторить. В начале занятия показать, что и как надо строить, рассказать, как можно играть с тем, что построил.

Ребенка учат устойчиво и ровно ставить кубик на кубик, дают понять, что так можно построить, например, машину и поиграть с ней.

На следующих занятиях можно научить детей строить дорожки различной длины и возить по ним машину. Затем учат строить стул, стол, диванчик, кроватку для куклы, скамейку, ворота, лешенки, домики и т. п. При этом постоянно отрабатывают и закрепляют понятия *большой, маленький, длинный, короткий, высокий, низкий*. Ни в коем случае нельзя допускать, чтобы ребенок действовал механически под диктовку взрослого, необходимо приучать его к самостоятельности, активности, творчеству, развивать у него воображение.

Многие дети со специальными нуждами и, прежде всего, дети с церебральным параличом испытывают особые затруднения в конструктивной деятельности: движения их рук неловки, они часто роняют строительный материал, не уверены в своих силах, пугаются, что ничего не получится, не решаются приступать к заданию, при неудачах огорчаются и теряют интерес к игре. Поэтому им часто необходимы спокойные, очень подробные объяснения, подсказывания, совместные со взрослым действия.

П серия упражнений: развитие дифференцированного слухового восприятия, фонематического слуха и тактильного восприятия. Эти занятия являются необходимыми для развития у ребенка предпосылок к обучению грамоте. У детей с отклонениями<sup>в</sup> развитии могут быть различные нарушения слуха. Слушание песен, рассказов, сказок, музыки способствует развитию слухового восприятия и слухового внимания. Использование различных музыкальных инструментов развивает у ребенка ощущение ритма и Длительности звуков, тембра и контраста голосов.

Важно проводить специальные занятия по развитию фонематического слуха. Ребенку предлагаются упражнения на различение слов на слух, сначала подбираются слова, более контрастные по звучанию, затем менее контрастные и, наконец, отличающиеся по звучанию одной фонемой. Ребенку предлагаются задания на придумывание слов с определенными звуками в начале или в конце слова. Для развития фонематического слуха проводят также специальные игры-упражнения с картинками. Взрослый называет слова, сходные по звучанию: *коза — коса, мел — мель* и другие, а ребенок показывает соответствующие картинки.

На следующем этапе занятий при произнесении слов взрослый закрывает рот экраном, чтобы ребенок ориентировался только на слуховое восприятие.

У некоторых детей с отклонениями в развитии может быть нарушено и тактильное восприятие, особенно это характерно для детей с церебральным параличом. Ощущения от касания кончиками пальцев какого-либо предмета у таких детей нечеткие, они сравнимы с впечатлениями, которые испытывает человек, когда берет предмет в плотных перчатках. Недостаточность тактильного восприятия может значительно затруднять усвоение навыка письма. Поэтому необходимы специальные игры-упражнения на тренировку тактильных ощущений.

Восприятие предметов на ощупь называется стереогнозом. Стереогноз имеет очень важное значение в развитии познавательной деятельности ребенка. У здорового ребенка эта функция формируется в процессе предметно-практической и манипулятивной деятельности на основе сохранного тактильного восприятия. У детей с особыми нуждами, особенно у детей с церебральным параличом, ограничение предметно-практической и манипулятивной деятельности, а также нарушения тактильного восприятия препятствуют развитию стереогноза.

Для развития этой функции используются игры по типу «Волшебного мешка». В мешочек из плотной ткани помещают различные предметы, и ребенок должен узнавать их на ощупь. Эта функция совершенствуется и закрепляется в процессе повседневной предметно-практической деятельности.

Практический опыт детей с особыми нуждами и особенно детей с церебральным параличом часто крайне ограничен. Поэтому необходимо постоянно обогащать этот опыт.

III серия упражнений: развитие представлений о цвете. У многих детей с отклонениями в развитии, особенно при нарушениях интеллекта, отмечаются трудности в дифференциации цвета. Для формирования представлений о цвете полезны специ-

альные занятия аппликацией, рисованием, лепкой. Развитие ВОСПРИЯТИЯ цвета имеет важное значение в эстетическом воспитании ребенка. Работа по развитию представлений о цвете проводится поэтапно. На первом этапе ребенка учат сличению цветов. Дается инструкция: *Дай такой же (по цвету) кубик, кружочек и т.п.* На втором этапе ребенок выполняет задание по словесной инструкции. На третьем — он сам называет тот или иной цвет.

IV серия упражнений: узнавание геометрических фигур. Эти упражнения тренируют зрительное внимание и способствуют развитию пространственных представлений.

На самом начальном этапе упражнения начинаются с различения формы шара, круга и их размеров (*большой — маленький*). На следующих занятиях ребенка учат различению форм шара, куба, круга и квадрата. Число геометрических фигур, которые дети должны различать, постепенно увеличивается. Используются игры, описанные в первой серии упражнений («Почтовый ящик», доски Сегена).

Очень важным является формирование зрительно-тактильного восприятия, когда ребенок узнает геометрические фигуры на ощупь, а потом рассматривает их.

V серия упражнений: развитие пространственных представлений. Многие дети с особыми нуждами испытывают значительные затруднения в обучении из-за несформированности у них пространственных представлений. Известно, что начальные представления о пространстве тесно связаны с развитием возможности самостоятельного передвижения, восприятия расположения частей тела (схемы тела). Многие дети с особыми нуждами отстают в развитии движений, с трудом воспринимают и запоминают части своего тела, долго путаются в определении направления. Они с трудом усваивают такие пространственные представления, как *вверху, внизу, слева, справа, сзади, сбоку, спереди, между* и т. п.

Кроме того, им трудно сложить из частей целое при занятиях с разрезными картинками, при сооружении построек из кубиков. У некоторых наблюдаются стойкие проявления зеркальности при рисовании. На начальных этапах обучения письму дети затрудняются в пространственном восприятии и воспроизведении букв, Цифр, путают написание сходных по графике букв, испытывают трудности в рисовании, лепке из пластилина, конструировании. Нарушения пространственного анализа и синтеза вызывают затруднения в овладении навыками письма, чтения, счета. Дети длительное время не соблюдают линеек в тетрадах, не различают правую и левую стороны, могут начинать писать справа налево, с се-

редины тетради. При обучении чтению они не могут удерживать в поле зрения строку, теряют ее, перескакивают на другую строчку. Нарушения пространственного анализа и синтеза могут мешать и обучению счетным операциям.

Развитие пространственных представлений является важным разделом педагогической работы по подготовке детей к обучению в школе. Многие из описанных выше игр-упражнений, а также развитие движений, речи, практической деятельности создают необходимые предпосылки для развития пространственных представлений. Однако необходимы и специальные последовательные занятия, которые проводятся поэтапно.

На первом этапе у ребенка последовательно формируют пространственную дифференцировку самого себя, представление о схеме тела, представления и ощущения расположения и перемещения его тела в пространстве, развивают представления об ориентации в пространстве, о дистанции и интервалах.

На втором этапе формируют пространственные представления в игровой, предметно-практической и конструктивной деятельности. Для развития представлений о схеме тела могут быть использованы следующие упражнения.

Ребенка сажают лицом к зеркалу и говорят: *Посмотри, потрогай глаза, нос, лоб, ..., потрогай стопу, колено...* Затем выполнение этих действий переносится на взрослого: *Покажи, где у меня глаза, нос, лоб, плечи, уши.* Затем формируется представление о правой и левой руке. При тяжелых формах ДЦП эти упражнения проводятся с помощью взрослого (взрослый рукой ребенка дотрагивается до его носа, глаз, ног и т. д.). Затем ребенок закрывает глаза, и все эти упражнения повторяются. При выполнении упражнений ребенок называет ту часть тела, которую трогает он или воспитатель, или показывает.

На третьем этапе все эти упражнения проводятся на кукле, потом на картинке, по рисунку. Ребенок сидит лицом к зеркалу, обводит пальцем контур лица, глаз, носа, затем пальцем обводит контур изображения лица на кукле, картинке.

Постепенно он обучается рисованию изображения на доске, на бумаге и т. д., при этом его всегда следует просить называть то, что он рисует.

Упражнения по ориентации в пространстве также проводятся в несколько этапов. Вначале взрослый выполняет упражнения с мячом, флажком или другими предметами перед зеркалом, каждый раз называя свои действия: *Мяч вправо, влево, вверх.* Ребенок, следя за ним, копирует упражнения и тоже проговаривает их. Затем взрослый выполняет упражнения перед зеркалом молча, ребенок

копирует и проговаривает их. И, наконец, ребенок выполняет упражнения один по словесной инструкции.

Для развития ребенка необходимо выполнять упражнения по перемещению в пространстве. На полу рисуют белые линии справа налево, спереди назад, и ребенок передвигается в указанных направлениях. Затем в той же последовательности эти линии рисуют на доске, и ребенок пальцем, а затем мелом ведет по этим линиям.

Важное значение в развитии пространственных представлений имеет восприятие и воспроизведение формы предметов. Эти упражнения также проводятся поэтапно. Вначале ребенок ощупывает различные по форме предметы, например кубики. Затем обводит пальцем контуры этих предметов, нарисованных на доске, в тетради; затем копирует изображения простых геометрических фигур. После таких подготовительных упражнений у ребенка развиваются пространственные представления в рисовании, конструировании и игровой деятельности.

Для развития пространственных представлений в игровой деятельности используются различные дидактические игрушки и специальные пособия.

Начиная с 3 лет ребенка учат конструировать из кубиков по подражанию, с 4 лет — по образцу. Вначале ребенок смотрит и копирует образец, затем делает все самостоятельно, по памяти.

Большое значение при подготовке ребенка к обучению имеет правильное руководство его игрой, изобразительной и трудовой деятельностью.

В процессе изобразительной деятельности (рисование, лепка, конструирование, аппликация) у ребенка развивается ручная умелость, зрительно-моторная координация, «готовность» руки к письму. Изобразительная деятельность стимулирует у ребенка интерес к познанию окружающего мира и способствует его психомоторному развитию. При руководстве и обучении ребенка изобразительной деятельности важно обращать внимание на развитие его личности, способностей, эмоциональной, познавательной и волевой сфер, мышления, художественного вкуса. Педагог и родители должны создать благоприятные условия для развития художественной деятельности детей. Необходимо использовать разнообразные формы организации художественной деятельности детей. Это, прежде всего, самостоятельная деятельность ребенка, развлечения, праздники, специально организованные занятия. Для развития у ребенка интереса к художественной деятельности важно обогащать его впечатлениями, с учетом индивидуальных особенностей подбирать специальные приемы и методы работы, воспи-

тивать эмоциональное отношение к предметам и явлениям окружающей действительности, художественным произведениям; стимулировать развитие образного мышления. Важное значение имеет развитие у ребенка специальных умений: лепки, рисования, конструирования, кукловодства (кукольный театр), пения, танца.

Исключительно важное значение для психомоторного, личностного развития ребенка и подготовки его к школе имеет игра. Игра у здорового ребенка развивается поэтапно в процессе его эмоционально-положительного общения с окружающими. У детей с особыми нуждами развитие игры часто нарушено в связи с самыми разнообразными причинами: прежде всего, это различные нарушения психомоторного развития, изоляция ребенка от коллектива сверстников, отставание в физическом развитии, повышенная психическая истощаемость и т. п.

Игры, как и психика ребенка, развиваются постепенно. На первом этапе игры ребенка — это действия с определенными предметами, т. е. это предметные игры, которые развиваются на основе предметно-манипулятивной деятельности. Исключительно важное значение для психического и личностного развития ребенка и подготовки его к школе имеют специальные игры-упражнения на конструктивную деятельность. Они особенно важны для детей с двигательными расстройствами, для таких детей также используются игры с разборными игрушками. В этих играх формируются не только представления о величине предмета, но развивается манипулятивная деятельность рук, воспитывается последовательность действия, развиваются пространственные ориентации.

Вначале, особенно ребенку раннего возраста, дается игрушка — большая раскрывающаяся коробка, а в ней несколько маленьких. Ребенку предлагается ощупывать коробки, вынимать из большой маленькие, вкладывать их обратно, а также располагать их в ряд в соответствии с величиной. Затем даются коробки и крышки различного размера, ребенок подбирает к каждой коробке крышку. Проводятся также игры с матрешками, пирамидками и т. д. При сборе матрешек маленький ребенок прежде всего должен научиться различать низ и верх игрушки. На следующих этапах предлагаются кубики и разрезные картинки сначала из двух, затем из четырех и более частей. Цель этих игр — развитие пространственного воображения, конструктивной деятельности, развитие представлений о величине. Уже с двух-трех лет ребенку можно предлагать игры по развитию цветоощущения, соотношения целого и частей.

Ребенка учат различать высоту предметов (*высокий — низкий*), длину (*длинный — короткий*), объем. Эти понятия закрепляются в

быту, в игровой и конструктивной деятельности. Для формирования этих понятий также полезно проводить специальные игры-упражнения со строительным материалом. При помощи этих игр дети получают конкретные представления о различной форме, величине предметов, осваивают навыки пространственной ориентировки. Во время этих игр у них развивается целенаправленная деятельность, произвольность восприятия и способность к подражанию.

Особенно важное значение в психическом развитии ребенка имеет ролевая игра, которая обычно наиболее интенсивно развивается в 5-6 лет. В ролевой игре ребенок берет на себя роли взрослых и в специальных игровых условиях воспроизводит и деятельность, и отношения между людьми. При этом он использует разнообразные игровые предметы. Развитие ролевой игры характеризуется постепенным усложнением ее сюжета и содержания, в котором с возрастом все меньше проявляется действий с предметами и все больше отражаются взаимоотношения людей и выполнение правил в соответствии со взятой на себя ролью. Ребенок все больше и больше отражает в своих играх то, что происходит вокруг него.

Игра ребенка проходит несколько этапов развития (Д.Б. Эльконин, 1978).

На первом этапе преобладают действия с определенными предметами.

На втором этапе игровое действие в большей степени соответствует реальной действительности, более четко разделяются функции, наблюдается логическая последовательность действий, отражающих реальную действительность.

На третьем этапе действия становятся еще более разнообразными, их логика и характер определяются взятой на себя ролью. В игре начинает использоваться специфическая ролевая речь.

Наконец, на четвертом этапе содержание игры включает в себя выполнения действий, отражающих отношения с другими людьми, роли которых выполняют другие участники игры. Наблюдается тесная взаимосвязь ролевых функций, речь четко выполняет ролевую функцию. Характерна четкая последовательность игровых действий, отражающих реальную последовательную логику событий.

В игре развиваются различные виды взаимоотношений, которые определяются сюжетом и содержанием игры, что имеет важное значение для развития коммуникативного поведения и личности.

Наконец, в старшем дошкольном возрасте ребенок начинает осваивать новый тип игры — игры с правилами. В этих играх уже

более четко определена основная задача, отмечается соотношение между сюжетно-ролевым содержанием и правилами. Особую группу игр с правилами составляют подвижные игры, например «Кошки-мышки».

К играм с правилами относятся и так называемые дидактические игры. В этих играх детям предлагается решение определенных умственных задач, представленных в игровой форме. Эти игры развивают познавательную деятельность ребенка, формируют у него познавательную активность.

Спектр предлагаемых ребенку игр достаточно широк: это игры-инсценировки, игры с предметами, настольно-печатные, словесные и другие. Но во всех случаях игра является важнейшим фактором развития и организации жизни ребенка.

### 3.2. Ознакомление детей с окружающим миром

Дети с отклонениями в развитии нуждаются в специальной коррекционной педагогической работе по ознакомлению их с окружающим миром. В процессе этой работы не только расширяется кругозор ребенка, но и совершенствуются мыслительные операции, обогащается пассивный и активный словарь, развивается познавательная активность. Ребенка учат выделять существенные признаки в предметах и явлениях окружающей действительности, производить элементарный анализ и синтез, устанавливать простейшие связи между явлениями окружающей действительности.

Главной задачей при подготовке ребенка к обучению в школе является формирование у него обобщенных представлений о взаимосвязях между предметами и явлениями окружающего мира, развитие словесно-логического мышления.

Уже с первых лет жизни ребенка следует учить наблюдать за деятельностью людей, планомерно руководить процессом восприятия окружающей действительности. В зависимости от возраста, умственного развития ребенка и его интересов последовательно отбираются отдельные предметы и явления окружающей действительности, с которыми планомерно и последовательно знакомят малыша.

Начинать знакомить ребенка с предметами и явлениями окружающей действительности следует в естественной для него домашней обстановке. Прежде всего, ребенка следует познакомить со всеми предметами обихода и их назначением. При этом ребенка следует активно привлекать к взаимодействию со взрослым, объясняя характер и цель каждого совместного действия.

Одновременно следует развивать представления об окружающем мире с помощью специальных прогулок.

Всегда можно создать определенный эмоциональный настрой для восприятия окружающей действительности. Маленькому ребенку надо называть и объяснять назначение предметов, к которым он проявляет наибольший интерес. Для мальчиков обычно такими предметами являются машины. Взрослый объясняет, какие бывают машины: грузовые—возят груз, легковые, автобусы, троллейбусы — возят людей, пожарные — тушат пожар и т. п. Придя домой, взрослый обыгрывает ту или иную ситуацию, которая привлекла внимание ребенка на прогулке, закрепляет пассивный и активный словарь, готовит ребенка к усвоению обобщающих понятий.

Ребенка учат наблюдать за поведением животных, птиц, явлениями природы. Ребенок видит природу в разное время года, взрослый направляет его внимание на выделение существенных признаков каждого сезонного периода. Таким образом, представления ребенка об окружающем мире должны формироваться, прежде всего, на основе ярких чувственных впечатлений. Они закрепляются путем систематической работы с картинками, при обучении рисованию, раскрашиванию. Под руководством взрослого с помощью картинок у ребенка развивается более детальное представление о предметах и явлениях окружающей действительности. С помощью специальных занятий также расширяется и закрепляется словарь ребенка.

У многих детей с отклонениями в развитии наблюдается недостаточность активного внимания, памяти. Вместе с тем образные, яркие впечатления, которые ребенок получает на прогулке или в процессе эмоциональной игры со взрослым в лото (в ходе игры оба «игрока» совместно рисуют отдельные предметы, изображенные на карточках лото), активизируют эти процессы и способствуют лучшему усвоению знаний и представлений об окружающей действительности.

При ознакомлении ребенка с окружающим миром необходим творческий эмоциональный подход. Важное значение имеет воспитание у ребенка образного видения окружающего мира. Процессы мышления в раннем и дошкольном возрасте протекают и формируются на основе живых, образных представлений при непосредственном участии речи. Очень важно, чтобы ребенок, наблюдая окружающий мир, учился устанавливать причинно-следственные связи, сравнивать качества и признаки предметов. Поэтому, обучая ребенка наблюдать окружающую действительность, его учат находить причинно-следственные связи между предмета-ми и явлениями окружающего мира.



Вся работа по ознакомлению ребенка с окружающим миром должна проводиться поэтапно по определенным темам.

**1. Моя семья.**

**2. Предметы обихода и их назначение.** Развивая у ребенка представления о предметах обихода и их назначении, у него формируют начальные обобщающие понятия: *игрушки, посуда, одежда, продукты, транспорт* и т. п.

**3. Знакомство со свойствами предметов.**

Цвет: уметь подбирать к образцу предметы и картинки такого же цвета, вначале без его названия, потом с названием. Уметь выбирать предмет по названию цвета; уметь называть основные цвета — красный, синий, белый, черный, желтый и др.

Уметь группировать предметы по цвету: *Покажи все красное. Положи в синюю коробочку все синее* и т. п.

**4. Форма и величина предметов.**

Учить находить предметы, одинаковые по форме: круг, квадрат, треугольник, шар, овал и др. Учить подбирать геометрические фигуры одинаковые с образцом по форме и цвету, по форме и величине.

Уметь находить геометрические фигуры по их названию, сопоставлять предметы с геометрическими фигурами, группировать предметы по форме.

**5. Животные (домашние животные** — собака, кошка, корова, коза, лошадь). Общие и отличительные свойства домашних животных. Общие и конкретные сведения о каждом из животных. Домашние животные и их детеныши.

**6. Животные (дикие).**

Общие представления: хищные и нехищные. Общие сведения.

**7. Сравнение животных по групповой принадлежности:** домашние — дикие (волк и собака, лошадь и олень и т. п.).

**8. Птицы** (домашние и дикие, перелетные и неперелетные).

**9. Насекомые.** Польза и вред насекомых для людей, животных и растений.

**10. Рыбы** (названия, общие представления).

**11. Растения** (цветы, деревья, кустарники).

**12. Месяцы и дни недели.**

**13. Времена года и их отличительные признаки.**

**14. Люди и их профессии.**

На основании этих и других знаний об окружающей действительности развивать умственные операции, уметь обобщать и дифференцировать предметы по существенным признакам, например выделять лишний элемент в сериях картинок: *чашка, ложка, тарелка, мишка', лошадь, корова, собака, волк'*, в серии слов (слова читаются ребенку): *январь, март, май, осень* и т. п.

Развивать у ребенка познавательный интерес к окружающему, операции сравнения, обобщения, умение последовательно рассказывать о своих впечатлениях, передавать свои впечатления в предметно-изобразительной деятельности (рисовании, лепке, аппликациях).

При подготовке к школе на основе имеющихся знаний и представлений об окружающем формировать словесно-логическое мышление.

### **3.3. Поэтапное формирование устной речи и коррекция речевых нарушений**

При подготовке ребенка с отклонениями в развитии к обучению особо важное значение имеет развитие речи. Это связано с исключительной ролью речи в психическом развитии и обучении. С помощью речи ребенок овладевает наиболее совершенными способами общения с окружающими, у него развивается обобщающая функция мышления.

Коммуникативная и обобщающая функции речи формируются в тесном единстве: с помощью речи ребенок не только получает новую информацию, но и усваивает ее.

Кроме того, с помощью речи у ребенка развивается так называемая регуляция высших психических функций. Включаясь в процесс восприятия, речь делает его более обобщенным и дифференцированным.

Регулирующая функция речи наиболее интенсивно начинает развиваться в старшем дошкольном возрасте, она имеет большое значение для готовности ребенка к обучению.

Именно формирование регулирующей функции речи способствует развитию у ребенка возможности подчинять свои действия инструкции взрослого.

При недоразвитии регулирующей функции речи действия ребенка отличаются импульсивностью, инструкция взрослого мало организует его деятельность, ребенок затрудняется в последовательном выполнении тех или иных интеллектуальных операций, не замечает своих ошибок, легко отвлекается. Эти особенности деятельности, связанные с недоразвитием регулирующей функции речи, значительно затрудняют процесс обучения.

Кроме того, в процессе развития речи у ребенка совершенствуется фонематическое восприятие, он начинает воспринимать на слух и точно дифференцировать сходные по звучанию звуки речи (фонемы). Развитие фонематического восприятия является основой для успешного овладения чтением и письмом.

Для успешной логопедической коррекции речевых нарушений и для обоснования методов логопедической работы важное значение имеет правильная диагностика речевых расстройств, разграничение понятий «недоразвитие речи» и «нарушение речи».

Под *общим недоразвитием речи* понимается нарушение формирования всех компонентов речи. При *нарушениях речи* наблюдаются различные, более избирательные отклонения от нормальной речевой деятельности.

При общем недоразвитии речи задачей логопедической работы является поэтапное формирование средств речевого общения с учетом уровня речевого развития ребенка.

На первом этапе обучения, когда ребенок практически является неговорящим, логопедическая работа начинается с расширения понимания речи. Занятия проводятся в игровой форме с обязательным многократным повторением одного и того же материала. Для успешности занятий особенно важно установить тесный эмоциональный контакт с ребенком.

Различными игровыми приемами ребенка следует побуждать к речевому общению, но ни в коем случае не принуждать, так как это вызовет речевой негативизм и еще больше задержит развитие речи. Одновременно у ребенка стимулируют звукоподражания и общение с помощью аморфных слов — *корней* (*машина* — «би-би»; *мишка* — «ми» и т. п.). В это же время работают над пониманием речи.

Работа проводится в игровой форме<sup>1</sup>. Причем в начале логопедической работы логопед ориентирует ребенка на понимание целостных словосочетаний, подкрепляемых наглядными предметными действиями в конкретной ситуации. Широко используются ситуативные моменты режимных процессов.

Особенно продуктивно проводить первые логопедические занятия с ребенком в процессе совместной с ним игры. В процессе игры у ребенка стимулируют подражание, формируют так называемые отраженные действия: *Сделай, как я*. Ребенка можно попросить поиграть на дудочке, покачать куклу, покатать мяч от взрослого к ребенку и обратно, выполнять по подражанию различные движения руками, вызвать звуковое подражание (*Как мычит корова? Как лает собака? Как гудит машина?* и т. п.).

Затем очень постепенно переходят к более систематизированным занятиям, на которых, кроме функции подражания, стимули-

руют развитие зрительного и слухового внимания, памяти, произвольной регуляции деятельности.

Важно научить ребенка сортировать предметы по цвету, форме и величине, сооружать простые постройки из кубиков по образцу, показывать части тела, приносить игрушки по словесной инструкции, затем показывать называемые предметы на картинках и выделять их на сюжетной картинке.

Важное значение имеет работа по развитию понимания речи. Ребенка учат понимать названия предметов и действий, а также вопросы: *Покажи, где сидит зайка; куда идет девочка', кому мама дает мяч* и т. п.

Развитие понимания речи проводится систематически и последовательно и имеет очень важное значение в логопедической работе. При работе с неговорящим ребенком нельзя перегружать его пассивный словарь малопонятными для него словами. Нужно стремиться, чтобы он показывал, а затем и называл предметы и действия в конкретной ситуации, в которой он находится.

Важное значение на этом этапе логопедической работы имеет развитие речевого подражания. Эта работа проводится одновременно с активизацией всей подражательной деятельности.

После того как ребенка научили соотносить предметы и действия с их словесными обозначениями, обогатили пассивный словарь ребенка, развили функцию речевого подражания, пора переходить к следующему этапу работы.

Целью этого этапа является развитие фразовой речи, прежде всего двухсловного предложения, расширение объема понимания речи, обучение словоизменению и различению грамматических форм единственного и множественного числа некоторых существительных и глаголов. Одновременно следует формировать начальные представления о количестве: *один* и *много*. Ребенок должен также научиться соотносить слова *большой* и *маленький* с величиной предлагаемых ему предметов, различать грамматическую форму единственного и множественного числа существительных: *Покажи, где мяч, а где мячи* и т. п.

На этом же этапе стимулируют формирование первых форм слов. Вначале они могут проговаривать лишь ударный слог, в дальнейшем воспроизводить два и более слогов слитно. Постепенно ребенка учат объединять усвоенные слова в двухсловные предложения.

На последующем этапе работы расширяется объем заданий по формированию двухсловных предложений и понимания речи. Кроме того, ребенка обучают установлению грамматической связи между предметом и его действием, формируют

<sup>1</sup> Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. Если ваш ребенок отстает в развитии. М.: Медицина, 1993.

простое предложение, развивают слоговую структуру слов. Учат ребенка делить слова на слоги, сочетать число слогов с хлопками рук.

На дальнейших этапах работы расширяют объем предложений, особое внимание обращают на развитие понимания грамматических форм числа существительных и глаголов, падежных окончаний существительных. Ребенка учат строить предложения из нескольких слов, отвечать на вопросы, сопоставлять грамматические формы слов, формируют слоговую структуру слов и работают по коррекции звукопроизношения, а также начинают разучивать простые стихи. Затем расширяют объем предложений и развивают связную речь.

Кроме общего недоразвития речи, наиболее частыми речевыми нарушениями у детей дошкольного возраста являются расстройства звукопроизношения: *дислалия*, *ринолалия* и *дизартрия*.

При дислалии нарушение звукопроизношения имеет место при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Выделяют функциональную и механическую дислалию. При функциональной дислалии ребенок при нормальном речевом развитии с трудом овладевает нормативным произношением. При этом у него нет органических нарушений ЦНС, препятствующих нормальным движениям органов артикуляции.

Логопедическая работа при дислалии направлена на формирование умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи. Логопедические занятия должны проводиться регулярно и поэтапно. На подготовительном этапе ребенка постепенно включают в логопедическую работу, формируют установку на занятия, развивают произвольное внимание, операции сравнения. В процессе логопедической работы его учат различать фонемы, формируют артикуляторные умения и навыки. Работа проводится дифференцирование, в зависимости от формы дислалии, т. е. с учетом как специфики нарушений произношения, так и осознания звукового анализа и степени сформированности контроля за собственным произношением.

Однако во всех случаях важное значение имеет работа по формированию восприятия звуков речи. Ребенка учат опознавать и различать звуки речи.

Операции звукового анализа в начале работы проводятся на речевом материале с правильно произносимыми ребенком звуками. Ребенка учат узнавать тот или иной звук в слове, определять его место среди других звуков, отличать один от другого. Одновременно проводится работа над улучшением движений органов артикуляции и развитие ощущений этих движений. Важное значе-

ние имеет обучение ребенка выбору адекватной артикуляционной позы для произношения нужного звука.

Важно подобрать серию специальных упражнений на развитие и ощущение артикуляционных поз и упражнения по динамической координации речевых движений.

Разработаны серии специальных упражнений для губ и для языка<sup>1</sup>. Важнейшими из них являются следующие серии.

#### 1. Упражнения для губ:

— углы рта слегка оттянуты, видны передние зубы, объем движения, как при артикуляции звука *и*;

— губы нейтральны, как при произнесении *я*;

— губы округлены, как при *о*;

— губы округлены, как при *у*;

— чередование движений от *а к и*, от *а к у* и обратно;

— плавный переход от *и к а*, от *а к о*, от *о к у* и обратно;

— артикулирование ряда с плавным переходом: *и-а-о-у* и в обратном порядке.

#### 2. Упражнения для языка:

— кончик языка упирается в нижние резцы при оттянутых углах рта, спинка выгнута и направлена к верхним резцам;

— боковые края языка подняты, образуется круглая щель, необходимая для произнесения свистящих звуков (язык «желобком» или язык «трубочкой»). Ребенку можно помочь в выполнении этого упражнения, используя зонд или шпатель, и, нажимая им на основание языка, попросить ребенка округлить губы;

— язык поднят к верхним альвеолам, боковые края прижаты к коренным верхним зубам. Язык как бы присасывается к верхней челюсти;

— «пощелкивание» или «игра в лошадки»: последовательное чередование верхних и нижних положений языка: язык поднимается, плотно прижимается к верхней челюсти, затем резко опускается в нижнее положение. В момент отрыва слышно щелкающее звучание.

Используется и целый ряд других упражнений.

В логопедии разработано много и других специальных упражнений, направленных на развитие артикуляционной моторики. Так, проводится игра-упражнение «Сказка о веселом языке»<sup>2</sup>. В этой сказке полость рта называется домиком языка, кончик языка — хвостиком, твердое небо — потолком, нижние зубы — крылечком,

<sup>1</sup>Гринштун Б.М. Логопедия. М., 1989. С. 82.

<sup>2</sup>Генинг М.Г., Герман Н.Н. Обучение дошкольников правильной речи. Чебоксары, 1980.

верхние зубы — дверкой, а выдыхательная струя при артикуляции звуков — ветерком.

Все звуки ребенку преподносятся в виде песенок, которые поет Веселый Язычок. Каждая песенка языка связывается с определенным образом: звук *з* — с комаром, звук *ж* — с большим жуком, звук *ш* — с сердитым гусем, звук *р* с мотором самолета и т. п. Каждый звук связывается с соответствующей картинкой, а в старшем дошкольном возрасте — с буквой.

Ребенка знакомят со звуками также в процессе чтения ему сказок. При этом его главное внимание обращают на слуховое восприятие отдельных звуков, связанных с конкретными образами: например, гусь шипит — щ-щ-щ..., самолет летит — р-р-р..., комар звенит — з-з-з... Ребенку также предлагается закрепление звуков в слогах, например, сигналит машина — **би-би-би**, пищит птенок — **пи-пи-пи**. Для закрепления правильного произношения проводят специальные занятия — тренировки. Закрепляется правильное произнесение звука в начале, в середине, в конце слова. Для закрепления звуков в речи подбираются специальные рассказы, сюжетные картинки.

Важно научить ребенка правильно повторять за педагогом слова и предложения, отвечать на вопросы и самостоятельно пересказывать рассказ или сказку по серии сюжетных картинок.

Для закрепления звуков в речи полезно использовать специальные игры, в которые играют несколько детей. Это так называемые речевые игры, в которых сочетается коллективная речь с индивидуальной.

Наряду с работой над правильным произношением, важное значение отводится развитию *фонематического восприятия*. Эти упражнения тесно связаны с упражнениями по развитию правильной артикуляции, так как дифференцированное слуховое восприятие звука стимулирует правильное произношение, а правильная артикуляция способствует лучшему слуховому восприятию.

Работа по развитию фонематического восприятия проводится поэтапно.

На первом этапе ребенка знакомят с конкретным звуком, подбирая к нему конкретный образ из сказки или рассказа.

На втором этапе ребенка учат различению изолированных звуков, связанных с конкретным образом.

На третьем этапе проводится работа по узнаванию звука в слове.

На четвертом этапе ребенка учат определять место звука в слове (в начале, в конце, в середине).

На пятом — ребенок учится различать на слух звуки в словах, близкие по звучанию или артикуляции (например, звонкие и глухие, свистящие и шипящие и т. п.).

И, наконец, на последнем этапе ребенка учат придумывать слова на заданный звук.

Некоторые авторы в работе над звукопроизношением и фонематическим восприятием рекомендуют применять цветковые сигналы (цветные кружочки). Хотя цветковое обозначение звуков является условным, оно должно быть обязательно стабильным. Например, звук *с* обозначается всегда кружком зеленого цвета, а звук *ш* — кружком красного цвета. Этот игровой момент вызывает у ребенка большой интерес к занятиям<sup>1</sup>.

Рекомендуется также для работы над анализом предложения изготовить специальную кассу. На кассе (размер 100х50 см) нашито несколько рядов кармашков различной длины. В эти кармашки вставляются полоски, обозначающие предложение, слова и слоги. В первом ряду в длинный кармашек вставляется полоска-предложение. Затем идут два ряда по 3 кармашка для полосок-слов. В последнем ряду 3-4 маленьких кармашка для слогов, они находятся под полосками-словами в 3-м ряду.

Важное значение в работе по развитию речи придается специальным занятиям по сюжетным картинкам. Ребенок рассматривает картинки и отвечает на вопросы педагога. Все занятия по развитию речи дифференцируются в зависимости от возраста, характера речевого нарушения и уровня речевого развития.

Особую специфику имеет логопедическая работа, направленная на *преодоление и предупреждение заикания*. В настоящее время разработан комплексный подход к преодолению заикания. Он включает медикаментозное и психотерапевтическое воздействие, а также последовательную систему лечебно-педагогических мероприятий. Педагогическую часть комплексного подхода составляют специальные логопедические занятия.

Логопедическое воздействие осуществляется в двух основных направлениях:

— *прямое* логопедическое воздействие, которое реализуется на групповых и индивидуальных занятиях;

• — *косвенное* логопедическое воздействие предполагает специальную организацию всех режимных моментов ребенка и особое

<sup>1</sup> Генинг М.Г., Герман Н.Н. Обучение дошкольников правильной речи. Чебоксары, 1980.

Генинг М.Г., Герман Н.Н. Обучение дошкольников правильной речи, Чебоксары, 1980.



отношение к нему окружающих, а также соблюдение речевого режима.

Важное значение имеет последовательность использования разных форм речи. Вначале воспитывается плавная ритмическая речь в процессе сопряженно-отраженного проговаривания стихотворного текста. Ребенок специально готовится к упражнениям по воспитанию самостоятельной речи. Тщательно подбирается содержание речевого материала с учетом характера и степени выраженности заикания, уровня развития речи и интеллекта, возраста и специфики заикания. В настоящее время имеет место применение различных методик к преодолению заикания с учетом целого ряда факторов.

Однако преодоление заикания всегда является комплексным лечебно-педагогическим воздействием. Важное место в преодолении заикания имеет психотерапия. Если заикание возникает в связи с острой психической травмой, то лечение следует начинать с «режима молчания», продолжающегося в течение 7-10 дней, с последующим очень постепенным включением ребенка в речевое общение.

Важно установить в семье заикающегося ребенка специальный «речевой режим» с ограничением речевой нагрузки, новых впечатлений. Все члены семьи должны пользоваться медленной, спокойной разговорной речью, особенно в присутствии ребенка. Необходимо исключить любые замечания и высказывания по поводу недостатка речи у ребенка.

Психотерапевтические мероприятия сочетают со специальным медикаментозным лечением. Используют различные успокаивающие микстуры, общеукрепляющие средства, комплексы витаминов, также по назначению врача применяют различные транквилизаторы и седативные средства: сибазон, элениум, пантогам и другие. Только после устранения общевротических расстройств ребенка постепенно подключают к специальным логопедическим занятиям, широко используют логопедическую ритмику. Во время проведения всех педагогических и логопедических занятий необходимо избегать привлечения внимания ребенка к своему недостатку речи.

Практический опыт многих логопедов показывает, что заикание легче преодолевать в процессе малогрупповых занятий.

При преодолении неврозоподобного заикания используется более широкий спектр лекарственных препаратов, наряду с седативной терапией часто необходимо применение специальных лекарств, снижающих мышечный тонус в речевой мускулатуре, например мидокалма, а также средств, нормализующих внутричерепное давление.

210



Важное значение в преодолении заикания имеет специальная *музыкальная терапия*, в частности музыкальная ритмика, а также лечебная физкультура.

Музыкальная логопедическая ритмика включает несколько серий упражнений:

— упражнения и игры, способствующие развитию слухового внимания и памяти, зрительного внимания и памяти, развитию чувства ритма, подражательной деятельности;

— специальные упражнения на развитие общей моторики, координации движений, динамического праксиса.

Широко используются игры с пением, игры-инсценировки с музыкальным сопровождением, хороводы.

Особо важное значение придается специальным речевым упражнениям. Каждое упражнение должно быть тщательно подобрано и преподнесено ребенку так, чтобы у него не проявились речевые судороги. В наиболее тяжелых случаях тренировочные упражнения начинаются с сопряженно-отраженной речи.

Следующий этап работы — это *вопросо-ответная речь*. На этом этапе ребенок предпринимает первые попытки самостоятельного речевого общения. На начальном этапе работы взрослый задает ребенку вопрос и сам на него отвечает, а ребенок повторяет ответ. Обычно вопросы взрослого сопровождают предметно-практическую или игровую деятельность ребенка. Например, взрослый и ребенок рисуют дом. Взрослый комментирует свое действие словами: *Я рисую дом*. Ребенок повторяет: *И я рисую дом*. Затем эти речевые упражнения постепенно усложняются.

При преодолении заикания ребенка учат планировать и регулировать свою деятельность. Широко используются игры-инсценировки на сюжеты знакомых ребенку сказок, а также на бытовые темы, например «Магазин», «День рождения» и др.

Преодолению заикания способствуют обучающие магнитофонные занятия.

Одним из важных принципов проведения занятий с заикающимися дошкольниками является последовательность упражнений в зависимости от разной степени речевой самостоятельности Детей.

Н.А. Власова предлагает различать 7 видов речи, которыми постепенно должен овладеть заикающийся ребенок:

- сопряженная речь;
- отраженная речь;
- ответы на вопросы по знакомой картинке;
- самостоятельное описание знакомых картинок; •
- пересказ прослушанного небольшого рассказа;

211



- рассказ по незнакомым картинкам;
- речь-беседа.

Эффективная система коррекционной работы с заикающимися дошкольниками в процессе ручной деятельности разработана Н.А. Чевелевой. Эта методика включает в себя 5 этапов:

- пропедевтический — организация поведения, слуховое внимание;
- сопряженная речь — ребенок комментирует совершаемые им действия. Ситуативность речи достигается постоянным зрительным контролем за своими действиями;
- завершающая речь — описание уже выполненной работы или ее фрагментов;
- предваряющая речь — ребенок сообщает о том, что он будет делать;
- самостоятельной речи — ребенок рассказывает о всем процессе выполненной им работы.

Многими исследователями подчеркивается необходимость творческого подхода к работе с заикающимися детьми (В.И. Селиверстов, С.А. Миронова).

Последовательная система комплексной работы с заикающимися дошкольниками разработана Г.А. Волковой. Эта система включает следующие разделы:

- методику игровой деятельности;
- логоритмические занятия;
- воспитательные занятия;
- воздействие на микросоциальную среду детей.

#### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. В чем суть концепции умственного развития Пиаже?
2. Какое значение имеет практическая деятельность ребенка для развития у него наглядно-действенного мышления?
3. Какие виды деятельности способствуют развитию наглядно-образного мышления?
4. Как формируются у ребенка обобщенные и систематизированные представления об окружающей действительности?
5. Как создаются предпосылки для формирования обобщенных представлений и элементарных понятий?
6. Какие показатели включаются в понятие «умственное развитие»?
7. Какие игры-занятия проводятся для развития у ребенка логического мышления?
8. Какие специальные занятия проводятся для развития у детей понимания скрытого смысла рассказа или сказки?
9. В чем специфика процессов восприятия у детей с отклонениями в развитии?

212



- Ю. Какие специальные упражнения полезно использовать для развития и совершенствования восприятия пространства, величины, формы, расстояния, местоположения и пространственных отношений между предметами?
11. Как формировать представления о форме предметов?
12. Какие игры можно использовать для формирования представлений о величине предметов?
13. Как формировать понятия «высокий — низкий», «длинный — короткий»?
14. Какая последовательность должна соблюдаться при проведении занятий со строительным материалом?
15. Какие упражнения используются для развития слухового восприятия и фонематического слуха?
16. Что такое стереогноз и какие игры используют для его развития?
17. Как проводится работа по развитию представлений о цвете?
18. Какие упражнения могут быть полезны для обучения различению геометрических фигур?
19. Каковы особенности развития пространственных представлений у детей с отклонениями в развитии?
20. Какие игры-упражнения используются для развития пространственных представлений?
21. Какие формы организации художественной деятельности детей могут использовать педагог и родители?
22. Каково значение игры в психическом развитии ребенка?
23. Какие этапы проходит развитие игры?
24. Какое значение для развития ребенка с особыми потребностями имеет коррекционно-педагогическая работа по ознакомлению его с окружающим миром?
25. Когда и где следует начинать знакомить ребенка с предметами и явлениями окружающей действительности?
26. С какими предметами и явлениями следует познакомить ребенка прежде всего?
27. По каким темам и в каком порядке следует проводить работу по ознакомлению ребенка с окружающим миром?
28. Какую роль играет развитие речи при подготовке ребенка с отклонениями в развитии?
29. Что такое «общее недоразвитие речи» и «нарушение речи»?
30. Какие задачи решаются на различных этапах формирования устной речи и коррекции речевых нарушений?
31. Какие речевые нарушения, помимо общего недоразвития речи, наиболее часто встречаются у детей дошкольного возраста?
32. Как проводится логопедическая работа при дислалии?
33. Какие специальные упражнения разработаны для развития и ощущения артикуляционных поз и координации речевых движений?
34. На какие этапы подразделяется работа по развитию фонематического восприятия?
35. Какова специфика работы, направленной на предупреждение и преодоление заикания?

213





36. Какое значение для познавательной деятельности имеет развитие речи?  
37. Какую роль в развитии познавательной деятельности имеет эмоциональное отношение к ней ребенка?

#### Рекомендуемая литература

- Асланова С.Р., Крапивина Л.М. Организация и содержание охранительного режима для детей группы риска заикания. В кн.: Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. Москва-Воронеж, 2001.
- Власова Н.А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. М., 1959.
- Выготский Л.С. Педагогическая психология / Под ред. В.В.Давыдова. М., 1983.
- Галопов А.С. Психическое и физическое развитие ребенка от трех до пяти лет. М., 2001.
- Галанов А.С. Психическое и физическое развитие ребенка от одного года до пяти лет. М., 2001.
- Гепиз М.Г., Герман Н.Н. Обучение дошкольников правильной речи. Чебоксары, 1980.
- Гришин Б.М. Дислалия. В кн.: Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1989.
- Давидович Л.Р., Резниченко Т.С. Ребенок плохо говорит? Почему? Что делать? Коррекционная работа с неговорящими детьми. М., 2001.
- Заикание / Под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккера. М., 1983.
- Жукова И.С., Мастюкова Е.М. Если ваш ребенок отстает в развитии. М., 1993.
- Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Е. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М., 1990.
- Маркова А.К., Лидере А.Г., Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. Петрозаводск, 1992.
- Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М., 1969.
- Подъяков Н.Н. Способы сенсорного воспитания в процессе конструктивной деятельности // Теория и практика сенсорного воспитания в детском саду. М., 1972.
- Селиверстов В.И. Психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий: заикание у детей. М., 1994.
- Селиверстов В.И. и др. Речевые игры с детьми. М., 1994.
- Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.
- Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е.А. Стребелевой. М., 2000.
- Талызина Н.Ф. Формирование познавательной деятельности учащихся. М., 1986.
- Тигранова Л.И. Развитие логического мышления детей с недостатками слуха. М., 1991.
- Тингей-Мнхаэлс К. Дети с недостатками развития. М., 1988.

Филичева Т.Е., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. М., 1987.

Худенко Е.Д., Мельникова Т.С., Шаховская С.Н. Как научить ребенка думать и говорить. М., 1993.

Чевелева Н.А. Исправление речи у заикающихся дошкольников. М., 1965.

Юртайкин В.В., Жиянова П.Л. Игрушки вашего малыша. Первый год жизни. М., 2001.

## Глава 4. ПОДГОТОВКА К ОБУЧЕНИЮ МАТЕМАТИКЕ, ЧТЕНИЮ И ПИСЬМУ

### Подготовка к обучению математике

При подготовке ребенка к обучению математике важное значение имеет развитие у него количественных, пространственных и временных представлений, а также навыков сравнения предметов по форме, величине и протяженности. Необходимо научить ребенка наблюдать и сравнивать предметы по ведущему признаку. Необходимо также усвоение и уточнение элементарных представлений о величине (*большой — маленький, большие — меньше, длинный — короткий, короче — длиннее, шире — уже, ниже — выше* и др.).

Важно научить ребенка находить предметы нужной величины, формы, протяженности.

Следует также обращать внимание детей на то, что предметы одинаковой формы могут отличаться по величине. Затем ребенка учат подбирать предметы по какому-либо одному признаку: по величине, форме, протяженности.

При подготовке ребенка к обучению математике важное значение имеет развитие у него предметно-практической деятельности, в процессе которой необходимо использовать операции сравнения, сопоставления, противопоставления предметов и явлений, определения сходства и различия.

На основе практических действий с предметами у ребенка формируют и уточняют понятия о величине, количестве, пространственных и временных представлениях. Ребенка обучают операциям с группами предметов, что является основой для усвоения приемов математических действий. Детей учат объединять предметы по разным признакам. На основе этих представлений у ребенка формируют понятия *один — много*. Ребенка одновременно знакомят с числом и цифрой, его обозначающей. При этом важно, чтобы ребенок понял, что число обозначает количество предметов, независимо от их качественных признаков.



Проводят также специальные занятия по развитию памяти, внимания, конструкторской деятельности (ребенка учат из частей складывать целое: предлагаются разрезные картинки, разрезанные на две части, потом на три, четыре и т. п.).

Для развития восприятия формы и пространственных представлений ребенку дают фигуры, разные по форме, и коробку, закрытую крышкой, на которой сделаны прорезы, соответствующие форме данных фигур. Ребенку предлагается опускать фигуры в соответствующие прорезы коробки, которые ребенок сам должен подбирать путем зрительного соотнесения.

Важное значение для развития мышления и речи имеет составление рассказов по сюжетной картинке и по серии сюжетных картинок, а также упражнения на простейшие умозаключения, понимание метафор, пословиц.

Необходимо научить ребенка свободно ориентироваться в направлениях движений и пространственных отношениях между собой и предметами. Ребенок выполняет инструкции типа *Сядь на стул. Положи мяч под стол. Поставь машину между стульями* и т.п.

Важно также уточнить и временные понятия, такие как *сначала, потом, вчера, сегодня, завтра, время суток*.

Все упражнения по развитию математических представлений проводят на разнообразном счетном материале.

Важно, чтобы ребенок понимал такие выражения, как *одинаковые — разные*, в процессе практической деятельности составлял множества, одинаковые по какому-либо одному признаку, но различные по другим, например одинаковые по форме, но разные по цвету и величине, выделял из множества его части по заданному признаку.

Ребенок должен овладеть такими понятиями, как *много — мало — один* на основе сравнения двух множеств. Он должен выполнять задания типа *Найди, где много предметов. Найди, где один предмет*.

Ребенка обучают также таким понятиям, как *столько же, поровну, больше, меньше*.

Ребенок должен усвоить названия и последовательность первых десяти чисел натурального ряда и их обозначения цифрами. Он должен научиться счету предметов и пониманию вопроса *сколько\*?*

Важно, чтобы ребенок научился соотносить числа с количеством предметов, сравнивать два множества по числу предметов, понимать словесные определения отношений между числами — *больше — меньше; больше на — меньше на*.

216



Проводят специальные занятия по обучению ребенка отсчитыванию и присчитыванию по одному, определению места числа в натуральном ряду, образованию чисел 2, 3, 4, 5 из двух слагаемых с помощью практических действий с предметами.

Ребенка специально обучают способам сравнения (путем наложения, а затем зрительного соотнесения), учат пониманию сходства и различия между предметами по признаку величины, а также умению измерять и сравнивать предметы по длине, ширине, высоте с помощью условной мерки, учат пользоваться линейкой, сантиметровой лентой, делить предметы на две — три равные части, формируют понимание отношений *целое — часть*.

Одной из важных предпосылок обучения счету является сформированность пространственных и временных отношений и понимание их словесных обозначений типа *далекый — близкий, верх-нижний, выше — ниже, дальше — ближе, правый — левый, справа — слева; около — рядом, посередине, между, за, перед, здесь, там, вверху — внизу, впереди — сзади, вперед — назад, вправо — влево, внутри, снаружи, один за другим*.

Проводят специальные пропедевтические упражнения по обучению ребенка умению ориентироваться в тетради, альбоме.

Ребенка учат свободно класть карандаш на стол, расслабляя правую руку. Затем его учат расставлять точки на различном расстоянии, проводить вертикальные, горизонтальные и косые линии, рисовать различные фигуры: овалы, круги, полукруги различных размеров, рисовать «улитку», начиная с объемного витка максимального размера, не отрывая карандаша, чертить все меньше и меньше витков и закончить точкой<sup>1</sup>. Полезны также штриховка и другие виды упражнений.

Проводится работа по различению на слух звуков речи и обозначению их буквами, разделению слов на слоги. Ребенка учат безошибочно списывать буквы и слова.

#### Формирование предпосылок к обучению чтению и письму

При подготовке к обучению письму важно, чтобы ребенок научился различать звуки речи на слух, правильно их произносить и соотносить их с буквами, с учетом особенностей нашей графики.

При обучении ребенка письму важное значение имеет развитие зрительно-моторной координации, т. е. умения прослеживать глазами за движением пишущей руки.

Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова ЕМ. Воспитание детей с Церебральным параличом в семье. М.: Просвещение, 1980.

217



Ребенка также учат пониманию соотношений: предмет и слово, действие и слово, признак и слово. Формируют запас слов-существительных, отвечающих на вопрос /сто?, что? и обозначающих предметы, а также слов, отвечающих на вопросы *что сделать\*?, что сделал?*

Развивают умение отвечать на вопросы по самостоятельно прочитанным предложениям, соблюдать в устной речи и при чтении паузы и интонации, соответствующие знакам препинания в конце простого предложения, выразительно прочитать выученное наизусть стихотворение, а также заучивать стихотворения наизусть, воспринимать на слух небольшую сказку, рассказ, загадку.

Учат рисовать простые иллюстрации к рассказу или сказке.

#### *Подготовка к обучению письму*

Прежде всего ребенка следует научить правильно сидеть и держать ручку (карандаш), ориентироваться в тетради, замечать разлиновку и всегда начинать писать слева направо.

Затем ребенка учат правильному письму и дифференциации сходных по написанию букв: *л-м, т-п, и-ш, ц-щ, з-к, з-п, з-р, н-к*.

Развивают моторику пальцев рук, тренируют тонкие дифференцированные движения пальцев при помощи следующих упражнений: ребенок разглаживает лист бумаги ладонью правой, затем левой руки; соединяет концевые фаланги выпрямленных пальцев рук; учится противопоставлению большого пальца остальным; свободно сгибает и разгибает пальцы рук без движений кисти; сгибает пальцы каждой руки одновременно и поочередно; поочередно противопоставляет первому пальцу все остальные.

Проводится также ряд подготовительных упражнений с карандашом. Ребенка обучают правильному удержанию карандаша, как при письме, тремя пальцами. Важно научить ребенка слежению глазами за движением пишущей руки.

Вначале ребенка учат ставить несколько точек на листе бумаги при правильном удержании карандаша, следят, чтобы рука не сдвигалась и не напрягалась.

Затем его учат проводить черту сверху вниз при правильном удержании карандаша — к себе, на то расстояние, на которое можно это сделать без движения кисти (см. Приложение 4).

#### *Подготовка к обучению чтению*

При подготовке ребенка к обучению чтению полезно использовать различные пособия: «Азбуку для дошкольников», «Магнитную азбуку», детские книжки с крупнопечатным шрифтом.

ребенка учат усвоению отдельных букв, умению их писать, слышать в слове отдельные звуки, умению выделять звуки из слова, соотносить понятия *звук и буква, слово и предложение*. Ребенок должен научиться выделять звуки в односложных словах с закрытым слогом, без стечения согласных (типа *дом, кот* и т. п.). Затем его учат анализу двусложных слов без стечения согласных (типа *мама, река, лиса* и т. п.), анализу односложных слов со стечением согласных в слоге (типа *волк*). Ребенок должен научиться делить слова на слоги, дифференцировать термины *слово* и *слог*.

Ребенка знакомят с предложениями, учат понимать смысл предложений и отвечать на вопросы *о ком и о чем говорится в предложении!* Учат выделять предложения из рассказа, состоящего из 2—4 предложений, членить предложения на слова, дифференцировать термины *слово* и *предложение*.

Важно, чтобы ребенок правильно и отчетливо произносил изучаемые звуки, различал их на слух и в произношении, определял их место в слове, а также последовательность звуков и слогов в словах.

Затем ребенка учат анализировать, составлять из букв разрезной азбуки и читать по слогам:

- слова, включающие открытые и закрытые слоги;
- слова, включающие твердые и мягкие согласные;
- слова со стечением согласных.

Ребенка учат чтению по слогам слов и коротких предложений, написанных печатным шрифтом. Кроме того, его обучают составлению предложений и короткого рассказа по картинке и серии картинок.

#### *Роль дидактических игр в умственном воспитании дошкольников*

Дидактические игры являются одним из основных средств обучения дошкольников, поэтому они являются обучающими играми. В них выделяются дидактические задачи, игровые действия и правила игры. Эти игры широко используются при ознакомлении детей с окружающим миром.

Дидактические задачи этих игр включают закрепление знаний и представлений детей о предметах домашнего обихода, игрушках, объектах и явлениях природы, о труде взрослых, о средствах передвижения и т. п. Таким образом, образовательное содержание Дидактических игр достаточно широко.

Важным элементом любой дидактической игры является игровое действие, которое создает игровую ситуацию и игровые взаимоотношения.



Следующим компонентом являются правила игры. В каждой дидактической игре должно быть представлено развернутое игровое действие с элементами загадок, движений, соревнований, выделением ролей, с моментами ожидания и неожиданностями, т. е. сами игровые действия должны быть разнообразными и эмоционально насыщенными, во всех случаях должна быть организована, прежде всего, увлекательная игра. Стимулом познавательной деятельности в дидактической игре является сам игровой процесс. В этом игровом процессе деятельность одновременно играющих детей может носить разный характер: одни дети изображают врача, другие больного; одни прячут или загадывают, другие ищут, отгадывают. Дидактические игры могут иметь и более четкую учебно-игровую структуру, в этих случаях они могут являться одной из форм организованного обучения.

Кроме дидактических игр, используются специальные дидактические упражнения, например упражнения в узнавании и различении величины, формы, цвета и т. п.

#### **Вопросы и задания для самостоятельной работы**

1. Какие представления и навыки развивают при подготовке ребенка к обучению математике?
2. Какие умения и навыки развивают у ребенка при формировании предпосылок к обучению чтению и письму?
3. Назовите основные этапы подготовки ребенка к обучению письму.
4. В чем состоит поэтапная подготовка ребенка к обучению чтению?
5. Какую роль в умственном развитии ребенка имеют дидактические игры?

#### **Рекомендуемая литература**

*Андреева А.Д.* Проблема психологической готовности к обучению в школе. В кн.: ГТсихокоррекционная и развивающая работа с детьми / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1999.

*Ветер А.Л., Венгер Л.А.* Готов ли ваш ребенок к школе? М., 1994.

*Жукова И.С., Мاستюкова Е.М.* Если ваш ребенок отстает в развитии. М., 1993.

*Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М., 1994.

Методика обследования готовности к школьному обучению детей 5-7 лет. СПб., 1992.

*Нижегородцева Н.В., Шадриков В.Д.* Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе. М., 2001.

Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е.А. Стребелевой. М., 2000.

*Филичева Т.Е., Чиркина Г.В.* Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях детского сада. М., 1981.

## **Раздел третий**

### **ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ ВЕДУЩЕГО НАРУШЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА**

#### **Глава 1. ОБЩИЙ ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

Принципы лечебной педагогики базируются на фундаментальных исследованиях Л.С.Выготского, В.В.Давыдова, А.В.Запорожца, Д.Б.Эльконина и др.

Эффективность лечебно-педагогической работы во многом зависит от дифференцированного подхода к каждому ребенку с учетом ведущего нарушения в его развитии, вторичных и осложняющих расстройств нервно-психической деятельности, сохранных функций и генетической программы.

Для выбора наиболее эффективных методов лечебно-педагогического воздействия необходимо знать характер первичного дефекта при той или иной форме аномального развития и его закономерное влияние на формирование вторичных отклонений в психическом развитии. Несмотря на то что первичный дефект у различных категорий детей с отклонениями в развитии может отличаться по своему характеру, степени выраженности и значимости, общим для всех случаев является то, что возникшие изменения оказывают влияние на весь дальнейший ход развития ребенка. Важное значение имеет время возникновения первичного нарушения. Общим для всех видов аномального развития является раннее возникновение первичной патологии. Именно ранняя первичная недостаточность тех или иных функций ЦНС нарушает весь ход психического развития ребенка. Так, врожденная глухота или нарушение слуха в раннем детстве влечет за собой отсутствие или недоразвитие речи. Отсутствие или недоразвитие речи, в свою очередь, отражается на развитии мышления ребенка.

Врожденная слепота или нарушения зрительного восприятия в раннем детстве лишают ребенка опыта зрительных предметных представлений окружающей действительности или приостанавливают их накопление, что задерживает формирование предметной

соотнесенности слова и при отсутствии коррекционных мероприятий может приводить к своеобразным нарушениям развития мыслительной деятельности.

Во всех случаях специфика лечебно-педагогического воздействия основывается на структуре ведущего дефекта с учетом вторичных отклонений в развитии, сохранных функций и возможностей мозга. Наряду с учетом структуры ведущего дефекта, важное значение имеет оценка компенсаторных возможностей и перспектив развития на основе этиологии, патогенеза и клинического диагноза.

При проведении коррекционной работы необходимо максимально использовать резервные возможности нарушенных функций и пораженных анализаторов. Важно всегда помнить, что мозг ребенка, особенно раннего возраста, обладает высокими потенциальными возможностями.

Развитие нетипичного ребенка происходит по тем же законам, что и развитие обычных детей. При создании специальных условий все дети способны к развитию.

В зависимости от структуры ведущего нарушения выделяют несколько форм аномального развития, для каждой из которых необходима специальная система обучения и воспитания. Такие системы в настоящее время реализованы в специальных программах дошкольного воспитания и школьного обучения.

### **Вопросы и задания для самостоятельной работы**

1. От каких факторов зависит эффективность коррекционно-развивающей работы?
2. На чем основывается специфика лечебно-коррекционных воздействий при различных формах аномального развития?

## **Глава 2. ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ**

Лечебно-педагогическая работа при умственной отсталости направлена на стимуляцию развития познавательной деятельности с обязательной опорой на конкретную, наглядную ситуацию.

Первостепенной задачей воспитания является привитие детям элементарных навыков самообслуживания, гигиены, воспитание правильного поведения, развитие социально-бытовой ориентации.

Одной из важнейших задач коррекционно-воспитательной работы с умственно отсталыми детьми является формирование познавательной деятельности. Особо важное значение в преддо-

школьном и дошкольном возрасте имеет развитие наглядного мышления, которое наиболее интенсивно развивается именно в этом возрасте. У умственно отсталого ребенка в дошкольном возрасте без специального обучения наглядные формы мышления развиваются с большим опозданием, что, в свою очередь, задерживает развитие всей познавательной деятельности.

В настоящее время доказана тесная генетическая связь разных форм мышления (Л.С.Выготский, А.В.Запорожец, С.Л.Новоселова и др.)- В дошкольном возрасте взаимодействуют три формы мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое, которые в сочетании с речевой деятельностью осуществляют процесс познания окружающей действительности. Речь активизирует познавательную деятельность и выполняет такие важнейшие функции, как обобщение, планирование и регулирование деятельности.

В раннем дошкольном возрасте преобладает наглядно-действенное мышление, которое непосредственно связано с развитием предметно-практической и речевой деятельности.

Ребенок первых лет жизни познает окружающий мир методом проб и ошибок. Важное значение в развитии деятельности умственно отсталого ребенка имеет его сотрудничество со взрослым. На начальных этапах такое сотрудничество часто бывает опосредовано предметом, когда взрослый в процессе эмоционального общения с ребенком знакомит его с различными предметами окружающей действительности. Такой тип общения является очень важным, так как велика роль развития предметных действий в психическом развитии ребенка. Особенно важное значение имеет развитие предметных действий для умственно отсталого ребенка, так как умственно отсталый ребенок раннего возраста обычно проявляет мало интереса к окружающему миру. Если умственно отсталый ребенок и производит какие-либо действия с предметами, то это, в основном, манипулирование ими без выраженной эмоциональности (О.П.Гаврилушкина, Н.Д.Соколова, 1985 и др.)<sup>1</sup>. Таким образом, умственно отсталые дети значительно отстают от здоровых сверстников в освоении предметного мира. Поэтому важное значение имеет обучение умственно отсталых дошкольников формированию предметных действий в процессе эмоционально-положительного общения со взрослым<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Гаврилушкина О.В., Соколова Н.Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. М.: Просвещение, 1985. С. 72.

<sup>2</sup> Кулеша Э.А. Освоение предметных действий умственно отсталыми Дошкольниками // Дефектология. 1989. № 3. С. 65-68.

При этом необходимо, чтобы ребенок владел элементарными приемами анализа, с помощью которых он мог бы извлекать полезную информацию и исправлять свои неверные действия так, чтобы каждое последующее действие строилось с учетом положительных результатов предыдущего и чтобы действия с отрицательным результатом постепенно пропадали.

Известна развивающая роль обучения в процессе развития мышления ребенка. В настоящее время разработаны содержание и методы обучения детей раннего возраста с нарушениями умственного развития (Л.А. Венгер, С.Л. Новоселова, Л.В. Костюк и др.). Показано также, что при умственной отсталости имеют место существенные нарушения взаимодействия различных форм мышления и, в первую очередь, наглядных форм со словесно-логическим (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, Ж.И. Жиф и др.).

Доказана важность ранней коррекционной работы с умственно отсталыми детьми. При этом основное внимание обращается на необходимость развития мышления ребенка во всех видах детской деятельности, а также на специальных занятиях по ознакомлению с окружающим, развитию речи, формированию математических представлений.

На начальных этапах лечебно-педагогической работы у умственно отсталого ребенка необходимо развивать наглядные формы мышления, используя для этого специальные дидактические игры, упражнения и практические проблемные ситуации со стимуляцией ориентировочно-исследовательской и речевой деятельности. На начальных этапах работы действия ребенка планируют и регулируют речь взрослого.

На следующих этапах работы развивают наглядно-образное мышление, постепенно создавая специальные предпосылки для перехода от наглядно-действенных к наглядно-образным заданиям. На этом этапе работы важно научить ребенка целостно воспринимать ситуацию, изображенную на картинке, устанавливать причинно-следственные связи между изображаемыми предметами и явлениями.

Особо важное значение имеет формирование у ребенка возможности установления временной последовательности изображенных на серии картинок событий.

На заключительном этапе работы проводятся занятия по анализу сюжетов со скрытым смыслом. Эти занятия проводят с детьми старшего дошкольного возраста.

Особенно важное значение в работе с умственно отсталыми детьми имеет формирование тесной связи между их практическим

опытом и наглядно-образными представлениями с включением речи в мыслительную деятельность<sup>1</sup>.

Для решения этой задачи с умственно отсталыми дошкольниками необходимо проводить специальную педагогическую работу по ознакомлению их с предметным миром. У них формируют четкие представления о предметах ближайшего окружения на основе практического чувственного опыта и речевого обобщения. Практический опыт имеет первостепенное значение для развития мышления умственно отсталого ребенка. В отличие от нормально развивающихся детей, умственно отсталый ребенок без специальной педагогической помощи не усваивает необходимых знаний и умений в процессе восприятия и взаимодействия с окружающим. Установлено, что процесс усвоения и актуализации знаний в операционной деятельности затруднен для умственно отсталых дошкольников<sup>2</sup>. В связи с этим разработана специальная система формирования у умственно отсталых дошкольников знаний и представлений об окружающем предметном мире<sup>3</sup>.

Эта работа проводится поэтапно. На первом этапе ребенка знакомят с небольшим количеством предметов ближайшего окружения на основе их расчленения в определенной последовательности:

- знакомство с предметом и его названием. Действия ребенка с предметом;
- знакомство и действия ребенка с группой (2-3) однородных предметов;
- соотнесение реального предмета с его изображением;
- закрепление полученных сведений о предмете (свойств, назначения, способов действия). Отбор по словесной инструкции предметов и их изображений на картинках. Обучение ребенка использованию предмета в различных игровых и практических ситуациях.

Особенно важно на этом этапе сформировать у ребенка правильное представление о предметах, их значении в жизни человека. Ребенка обучают различным действиям с предметами и, в первую очередь, использованию их по назначению. Знакомство с окружающими предметами и способами их использования прово-

*Стребелева Е.А.* Наглядно-действенное мышление у умственно отсталых детей дошкольного возраста // Дефектология. 1991. № 3. С. 77-82.

*Лапошина Э.В.* Особенности ознакомления умственно отсталых дошкольников с некоторыми предметами ближайшего окружения // Дефектология. 1991. №6. С. 72-77.

Там же.

дится как на специальных занятиях, так и закрепляется в различных видах деятельности в бытовых ситуациях.

Система таких последовательных занятий формирует у ребенка ориентировку в окружающем предметном мире, способствует развитию новых знаний и представлений об окружающем, обогащает жизненный опыт, стимулирует развитие речи и способствует развитию понятийного мышления.

На втором этапе ребенка знакомят со свойствами предметов. Педагог расширяет круг предметов, предъявляемых ребенку, формирует способы ориентировки в окружающем мире, обучает ребенка действиям обследования предметов и определения их свойств, учит ребенка называть выделенные качества и свойства предметов.

Важное значение имеют специальные занятия, на которых ребенка обучают обобщать свои наблюдения, выделять существенные признаки предметов, дифференцировать их с второстепенными. На этих занятиях ребенка обучают целенаправленному, последовательному анализу предметов на основе наблюдений и практических действий с ними.

На третьем этапе обучения продолжается расширение сенсорного и практического опыта ребенка в процессе предметно-практической деятельности. Ребенка учат всестороннему обследованию различных свойств предметов, закрепляют способы выявления этих свойств и создают основу для развития процессов целостного обследования предметов.

Важное значение имеет четкость формулировки заданий, вопросов. Основной целью работы на этом этапе является обучение детей выделению существенных и несущественных признаков предметов. Специфика обучающих приемов заключается в широком использовании предметно-практической деятельности ребенка в развитии операций сравнения и обобщения. Ребенка учат сравнивать предметы путем наложения, обводки контуров, определения поверхности на ощупь и т. п. Особенно широко используются практические ситуации игрового характера, разнообразные бытовые и игровые ситуации (например: *Отберем все, что нужно для чаепития, для купания куклы, для прогулки* и т. п.).

В процессе таких занятий у ребенка формируют практический опыт объединения предметов в определенные понятийные группы. Особо важное значение имеют специальные занятия, на которых учат ребенка рассуждать при группировке предметов по существенным признакам. В процессе этих занятий ребенку предлагаются для помощи специальные вопросы (*Что это? Для чего используется? Куда подходит? Почему?*). Таким путем у ребенка разви-

вают обобщенное мышление, учат абстрагированию от несущественных признаков, активизируют мыслительные операции, создают предпосылки для развития обобщенных знаний и представлений об окружающей действительности. Успех подобной работы в значительной степени зависит от активного участия в ней родителей.

Таким образом, для умственно отсталого ребенка чрезвычайно важно обеспечить специальные условия для приобретения предметно-практического и чувственного опыта, сформировать активную познавательную ориентировку в окружающем и обеспечить перенос этого опыта на различные игровые и практические ситуации.

Итак, основным содержанием лечебно-педагогической работы при умственной отсталости в преддошкольном и дошкольном возрасте являются планомерные воспитательно-педагогические мероприятия, подготовка к обучению по специальной программе, а также медикаментозное и другие виды лечения.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие задачи коррекционно-воспитательной работы с умственно отсталым ребенком являются наиболее важными?
2. Какие формы мышления взаимодействуют в дошкольном возрасте и какая из них преобладает?
3. Какое значение в развитии деятельности умственно отсталого ребенка имеет его сотрудничество со взрослым?
4. Какое значение имеет ранняя коррекционная работа с умственно отсталыми детьми?
5. Какие формы мышления необходимо развивать у умственно отсталых детей на начальных этапах лечебно-коррекционной работы?
6. Какие формы мышления развивают на последующих и заключительных этапах лечебно-коррекционной работы?
7. Как актуализировать знания умственно отсталых детей?

### Рекомендуемая литература

Гаврилушкина О.П., Соколова Н.Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. М., 1985.

Давыдов В.В. Проблемы развивающего обучения. М., 1986.

Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. М., 1993.

Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. М., 1998.

Кулеша Э.А. Освоение предметных действий умственно отсталыми Дошкольниками // Дефектология. 1989. № 3.

*Латишина Э.В.* Особенности ознакомления умственно отсталых дошкольников с некоторыми предметами ближайшего окружения // Дефектология. 1991. №6.

*Стребелева Е.А.* Наглядно-действенное мышление у умственно отсталых детей дошкольного возраста // Дефектология. 1991. № 3.

### **Глава 3. ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Проблема изучения и подготовки к обучению детей с задержкой психического развития в течение последних двадцати лет интенсивно разрабатывалась сотрудниками Института коррекционной педагогики РАО (В.И. Лубовский, М.С. Певзнер, Н.А. Цыпина, Н.А. Никашина, К.С. Лебединская, Г.И. Жаренкова, И.Ф. Марковская, Р.Д. Тригер, С.Г. Шевченко, Г.М. Капустина).

На основании этих исследований были составлены программы подготовки к школе детей с ЗПР, а также программы для начальных классов школ для детей с ЗПР.

Авторами программ подчеркивается особое значение развития у этих детей наблюдательности, навыков анализа, синтеза, сравнения и обобщения. Ребенка необходимо научить видеть предметы, действия во всем их многообразии, во взаимосвязи друг с другом, научиться выделять основные признаки предметов и явлений окружающей действительности, сравнивать предметы, обобщать их в группы и логично рассказывать о результатах своей деятельности, а также передавать основной смысл прослушанного рассказа. Важное значение придается развитию внимания, памяти, речи, произвольной регуляции деятельности.

При подготовке ребенка с ЗПР к обучению в школе особое внимание обращают на формирование дифференцированного восприятия различных языковых средств, на накопление активного и пассивного словаря, коррекцию имеющихся речевых нарушений. Ребенка учат выделять в устной речи слова, а затем и предложения, слышать паузу и интонацию в соответствии со знаками препинания в конце предложения. Особое внимание уделяют работе по развитию у детей умения слышать и выделять в слове отдельные звуки. Проводится специальная логопедическая работа по выработке у ребенка четкой артикуляции всех звуков речи. Ребенка готовят к усвоению устного звукового анализа. Следует иметь в виду, что звуковому анализу подлежат только те слова, в которых все звуки ребенком отчетливо воспринимаются на слух и произносятся.

Специальные исследования показали, что для детей с ЗПР наиболее доступным является выделение ударного гласного звука, стоящего в начале слова и конечного согласного. Наиболее распространенной ошибкой у них является выделение слога вместо звука при вычленении начального согласного (например, в слове *мак* ребенок выделяет *ма* вместо звука [м]). У нормально развивающихся детей на определенном этапе их развития также наблюдаются такого рода ошибки. Однако у детей с ЗПР они являются стойкими, и требуется специальная коррекционная работа для их преодоления<sup>1</sup>. Было также показано, что ребенок легче выделяет отдельный гласный звук в словах, где он составляет отдельный слог (аист). Согласный звук в начале слова наиболее легко выделяется в словах, где он занимает обособленное положение, например в слове слон<sup>2</sup>.

Было также показано, что дети с ЗПР, даже владея приемами выделения звука из состава слова, самостоятельно им не пользуются.

Все это определяет необходимость проведения специальной работы с дошкольниками с ЗПР по обучению их ориентировке в звуковой речи. Эта работа должна проводиться индивидуально логопедом. При этом необходимо учитывать индивидуальные различия детей с ЗПР по их потенциальным возможностям осознания речевой действительности. Формирование ориентировки в звуковой стороне речи имеет важное значение для подготовки детей с ЗПР к обучению и предупреждения у них школьной неуспеваемости.

Ребенка учат составлять рассказы по картинке и серии картинок, отгадывать и придумывать самому загадки, используя прием сравнения, «готовят» руку к письму.

Большое внимание уделяется развитию умения составлять простые и более распространенные предложения, выделять их в рассказе, делить предложения на слова.

При формировании начальных математических представлений большое значение придается предметно-практической деятельности ребенка, что обеспечивает наглядную основу для формирования математических понятий.

Важное значение имеют специальные занятия по знакомству ребенка с окружающим миром.

Одним из важных направлений работы по подготовке к обучению детей с ЗПР является обучение их изобразительной деятель-

*Мальцева Е.В.* Особенности ориентировки дошкольников с задержкой психического развития в звуковой речи // Дефектология. 1989. № 3. С. 59-64. Там же. Там же.

ности. Специально проведенное исследование показало, что для дошкольников с ЗПР характерен низкий интерес к процессу и результатам изобразительной деятельности, хотя обычно детям к 6 годам доступен простой предметный рисунок. Однако, в отличие от рисунков нормально развивающегося ребенка, рисунок ребенка с ЗПР крайне схематичен и упрощен. Изображения маловыразительные, мелкие, однотипные. Сюжетные рисунки большинству детей не доступны, дети не могут сформулировать замысел сюжета. Многие рисунки детей с ЗПР находятся на уровне недифференцированной схемы<sup>1</sup>.

Характерным является несформированность технических навыков рисования, неловкость движений рук, дети не могут правильно держать карандаш, кисть, затрудняются в рисовании мелких предметов, не владеют приемами раскрашивания<sup>2</sup>.

Эти данные определяют важность проведения специальной коррекционной работы с детьми по развитию у них изобразительной деятельности. В процессе этой работы решаются задачи эстетического, нравственного и умственного воспитания ребенка. Важно сформировать у ребенка эмоциональное восприятие изобразительного и декоративно-прикладного искусства, научить отображать в рисунках свои зрительные впечатления и представления об окружающей действительности<sup>3</sup>.

Выделяется несколько основных направлений работы по обучению изобразительной деятельности детей с ЗПР:

- воспитание эмоционального отношения к изобразительной деятельности;
- развитие восприятия и представлений о предметах и явлениях окружающей действительности;
- систематизация этих представлений;
- формирование графических образов изображаемых предметов с преодолением стереотипности изображений;
- развитие тонкой моторики рук и зрительно-моторной координации;
- развитие произвольной регуляции деятельности с помощью словесной инструкции; расширение словаря детей путем пополнения его образной выразительной лексикой.

Екжапова Е.А. Формирование изобразительной деятельности у детей с задержкой психического развития 6-летнего возраста //Дефектология. 1989. №4 с. 81-86.

" Там же.

' Там же.

Там же.

Особенно важное значение при воспитании Цельности, ется формирование интереса к

эмоционального отношения к окружающей действительности. Ребенка необходимо научить передавать с помощью рисунка гаммы свое эмоциональное отношение к предметам окружающего мира, свое настроение.

Особое важное значение имеет формирование зрительной и тактильно-двигательной деятельности. Специальное обучение ориентировке на листе бумаги рисунка. Стилизация рационального расположения на листе рисунка. Сочетать с

Развитие изобразительной деятельности ребенка с помощью развития игры, предметной деятельности, формирования зрительных дифференцированных движений, целенаправленного обучения, пространственных представлений, развития наблюдательности, познавательной деятельности, развития наблюдательности, познавательной деятельности, развития наблюдательности, познавательной деятельности.

Следует сочетать обучение рисованию, другим видам изобразительной деятельности.

Необходимо обращать особое внимание на сюжетность, эмоционально-выразительность рисунков, их содержание.

Важное значение при ЗПР имеют специальные занятия по развитию у детей предметной деятельности, праксиса, фонематического анализа, памяти, а главное — регуляции деятельности. Эти коррекционные занятия сочетаются с лечением, которое включает сочетание стимулирующего по локальному (успокаивающего) лечения, дифференцированной стимуляции, применяются препараты, нормализующие деятельность, улучшающие умственную работу, способствующие развитию.

Для ребенка с ЗПР необходимы такие мероприятия, водные процедуры, массаж, физиотерапия.

#### Вопросы и задания для самостоятельного выполнения

1. Какие направления работы предусматриваются в школе для детей с ЗПР и программы для них с ЗПР?
2. Как проводится работа по формированию дисграфических навыков восприятия различных языковых средств?
3. С чем связана необходимость проведения специальных занятий с детьми с ЗПР по обучению их ориентировке в пространстве речи?
4. Какое значение для подготовки к школе имеют занятия по изобразительной деятельности?

## Рекомендуемая литература

Екжапова Е.А. Формирование изобразительной деятельности у детей с задержкой психического развития 6-летнего возраста // Дефектология. 1989. №4.

Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981.

Мальцева Е.В. Особенности ориентировки дошкольников с задержкой психического развития в звуковой речи // Дефектология. 1989. № 3.

Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2003.

## Глава 4. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ТЯЖЕЛЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ (ТНР)

Контингент детей раннего и дошкольного возраста, имеющих ТНР, составляют, главным образом, дети с остаточными проявлениями органического поражения ЦНС или проявлениями перинатальной энцефалопатии. Это обуславливает частое сочетание у них стойкого речевого нарушения с различными отклонениями психической деятельности. Успешная лечебно-педагогическая работа в этих случаях, как правило, становится возможной только при проведении медикаментозного лечения.

Педагогическая (логопедическая) работа проводится дифференцированно, в зависимости от структуры речевого дефекта и степени его выраженности.

Наибольшую группу детей с ТНР составляют дошкольники с так называемым общим недоразвитием речи.

Под *общим недоразвитием речи* в отечественной логопедии понимается особая форма аномального речевого развития, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы: фонетической и лексико-грамматической при отсутствии умственной отсталости и дефектов слуха.

### 4.1. Лечебно-педагогическая работа с детьми с общим недоразвитием речи (ОНР)

С детьми с ОНР проводится поэтапная логопедическая работа. Основная задача этой работы — научить ребенка последовательному составлению предложений возрастающей степени сложно-

сти. При этом логопед опирается на оценку представленных выше уровней речевого развития.

На первом этапе работы стимулируется подражательная звуковая и речевая активность ребенка, развивается понимание речи, создаются условия для стимуляции звукосочетаний и звукоподражаний, проводятся также специальные дыхательные и голосовые упражнения, артикуляционная гимнастика, ребенка учат повторять и говорить отдельные слова, называть предметные картинки и действия, изображенные на них.

На втором этапе ребенка учат строить простые двухсловные предложения, запоминать наиболее употребительные словосочетания. Проводится также работа над расширением объема пассивного и активного словаря.

На третьем этапе ребенка учат грамматически правильно строить предложения, различать слова, сходные по звучанию, понимать действия, изображенные на сюжетных картинках, учат делить слова на слоги, работают над коррекцией звукопроизношения и над слоговой структурой слов.

Наконец, на последнем этапе работы ребенка учат грамматически правильно строить предложения из 3-5 слов, формируют навык связной речи, расширяют объем предложений, учат сопоставлению грамматических форм глагола, сложноподчиненных и сложносочиненных предложений, развивают и совершенствуют связную речь.

Важно научить ребенка составлять рассказы по сюжетной картинке, рассказывать сказки с опорой на серии сюжетных картинок.

Важное значение имеют специальные игры-упражнения по словообразованию: ребенка учат понимать и употреблять уменьшительно-ласкательные формы существительных, образовывать названия детенышей животных. Вначале их учат различать названия детенышей животных в импрессивной речи.

Построение занятия. Перед ребенком раскладываются две картинки на слова одной семантической группы, например: утка — утенок, кот — котенок, гусь — гусенок, лиса — лисенок и т. п. Дается инструкция: *Покажи, где котенок? А где кот? Где лиса? А где лисенок?*

Проводят также специальные занятия по образованию прилагательных от существительных. Например, обучают составлять

Жукова И.О., Мاستюкова Е.М., Филичева Т.Е. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М.: Просвещение, 1990. С. 239.



словосочетания, обозначающие, из чего сделан предмет: *Стол из дерева — деревянный; стакан из стекла — стеклянный; шапка из меха — меховая* и т. п.

Ребенка учат также употреблению существительных творительного и предложного падежей во множественном числе. Например: *Я сижу на стуле, а мы все сидим (на чем?) на стульях.*

Проводится и целый ряд других упражнений по развитию грамматической стороны речи<sup>1</sup>.

При ОНР не только нарушено формирование экспрессивной речи, но и недостаточным является ее понимание.

В настоящее время теоретические данные относительно декодирования речевого сообщения, что является основой понимания речи, свидетельствуют об участии в этом процессе различных уровней восприятия и опознания речевого сигнала. Для правильного понимания обращенной речи необходим анализ различных компонентов речевого сигнала: акустического, фонетического, фонологического, лексического, синтаксического и семантического. Исходным условием понимания речи является восприятие интонационной структуры фразы и осознание значения входящих в нее слов. При нормальном понимании обращенной речи слушатель использует свои семантические и синтаксические знания языка для формирования внутреннего предвидения того, какой сигнал в данный момент будет получен (синтез), затем он сравнивает поступивший сигнал с ожидаемым (анализ). Таким образом, осуществляется адекватный текущий анализ поступающей акустической информации.

У дошкольников с ОНР подобный механизм декодирования речевого сообщения не сформирован, и для понимания ими речевого сообщения важное значение имеют более низкие (базальные) уровни восприятия и опознания речевого сигнала, в частности фонематический слух и фонематическое восприятие. Дети с ОНР испытывают затруднения в заданиях, требующих дифференцированного восприятия или опознания быстрых звуковых последовательностей: чем меньше интервал между воспринимаемыми звуками, тем больше выражены затруднения в опознании и дифференциации. Поскольку акустические спектры гласных звуков достаточно стабильны, а согласные характеризуются быстрыми

формантными изменениями, то опознание и дифференциация последних особенно затруднена<sup>2</sup>.

Клинико-психолого-педагогические исследования показывают, что группа детей с ОНР крайне неоднородна не только по степени выраженности речевого дефекта, но и по структуре дефекта и механизмам его возникновения.

Основными признаками ОНР в дошкольном возрасте являются позднее начало речи, замедленный, а часто и своеобразный темп ее развития, ограниченный словарный запас, достаточно стойкие трудности в формировании грамматического строя речи, нарушения произношения и звукового анализа.

В зависимости от степени выраженности речевого дефекта выделяют три уровня речевого развития:

— первый — самый низкий, *ребенок не владеет общеупотребительными средствами общения.* Дети с этим уровнем речевого развития обычно с трудом вступают в контакт со взрослым. Поэтому при обследовании этих детей особое внимание нужно обратить на возможности понимания ими обращенной речи, а также отметить, имеется ли у ребенка возможность речевого подражания и возможность отдельных словесных лепетных комбинаций;

— второй — *начало развития фразовой речи.* На этом этапе развития речи у ребенка важно оценить объем и структуру предложений, звукопроизношение, объем понимания обращенной речи, выявить активный глагольный словарь, определить максимальное количество слов, которыми пользуется ребенок в общении, обратить внимание на возможность использования ребенком предлогов;

— третий — *ребенок пользуется развернутой фразовой речью,* но у него выражены недостатки всех сторон речи — лексико-грамматической и фонетико-фонематической. На этом этапе речевого развития важно оценить объем и типы предложений, которыми пользуется ребенок, возможность словоизменения и использования предлогов, понимание и пересказ прочитанного текста, уровень сформированное<sup>TM</sup> фонематического восприятия.

Таким образом, ОНР — это системное нарушение как экспрессивной, так и импрессивной речи, требующее комплексных и поэтапных логопедических мероприятий. Это понятие отражает педагогическую оценку речевого дефекта и определяет основное направление логопедической работы.

Форманты — это группы тонов наибольшей интенсивности, характерные для данной фонемы.

<sup>1</sup> Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М., 1975.

<sup>1</sup> Жукова И.О., Мاستюкова Е.М., Филичева Т.Е. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М.: Просвещение, 1990; Лалаева Р.И. Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей. СПб., 1990; Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. М.: Просвещение, 1989.

Медицинский подход к данной форме речевой патологии требует клинического анализа структуры речевого дефекта, этико-патогенетических механизмов его возникновения и особенностей нервно-психического развития ребенка в целом. Такой подход определяет возможность постановки медицинского диагноза с уточнением структуры первичного речевого дефекта и отграничения данной формы речевой патологии от внешне сходных различных аномалий познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, при которых могут проявляться внешне сходные с ОНР формы речевой патологии. Такая дифференциация необходима для того, чтобы отграничить ОНР от различных видов ЗПР, легких форм умственной отсталости, осложненных речевым дефектом, текущих нервно-психических заболеваний, приводящих к недоразвитию речи, своеобразного психического развития по типу раннего детского аутизма.

Развитие речи происходит в тесной взаимосвязи с формированием всех психических процессов. Общение с окружающими и разнообразный практический опыт ребенка-дошкольника с самого начала опосредованы языком. Это в ряде случаев может затруднять дифференциальный диагноз первичного нарушения — речевого или интеллектуального недоразвития.

По данным клинического обследования и динамики речевого и психического развития дети с ОНР условно могут быть разделены на три основные группы.

1. У детей первой группы характерные признаки ОНР не сочетаются с другими выраженными нарушениями познавательной деятельности. У них не выявляется локальных повреждений ЦНС, за исключением отдельных признаков частичной моторной незрелости, отставания в формировании общего динамического праксиса. В психическом состоянии этих детей отмечаются отдельные черты общей эмоционально-волевой незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности, недостаточность функции активного внимания. Патогенетической основой ОНР у этих детей является задержанное созревание более поздно формирующихся структур и функций мозга.

#### **Это неосложненный вариант ОНР.**

В анамнезе детей этой группы отсутствуют четкие указания на выраженные нарушения протекания беременности и родов. Наиболее часто при этом варианте имеет место недоношенность или незрелость ребенка при рождении, его соматическая ослабленность в первые годы жизни.

Несмотря на отсутствие выраженных нервно-психических нарушений в дошкольном возрасте и, в целом, благоприятную дина-

мику речевого и умственного развития, дети этой группы часто нуждаются в длительной логопедической коррекционной работе. Это связано с тем, что нарушения эмоционально-волевой сферы, слабая регуляция произвольной деятельности с недостаточностью функции самоконтроля обуславливают стойкость фонематических нарушений, трудности в овладении письменной речью и в учебной деятельности в целом. Практика показывает, что при отсутствии специальных лечебно-педагогических мероприятий в дошкольном возрасте при поступлении в школу у этих детей могут возникать вторичные невротические расстройства как реакция личности на трудности обучения, а также усиливаться эмоционально-поведенческие нарушения.

2. У детей второй группы ОНР сочетается с рядом неврологических и психологических нарушений. На первом году жизни это легкие нарушения мышечного тонуса, наличие произвольных движений, отставание моторного развития, повышенная возбудимость, нарушения сна. В дальнейшем у этих детей выявляются нерезко выраженные двигательные расстройства, особенно характерно позднее развитие равновесия и координации движений.

Некоторые дети этой группы отличаются не только общей моторной неловкостью, но и наличием остаточных проявлений ДЦП и нарушений артикуляционной моторики, что обуславливает у них нерезко выраженные дизартрические нарушения.

Кроме речевого дефекта, у многих из этих детей наблюдается ЗПР с недостаточностью ряда высших психических функций, в частности зрительно-пространственного гнозиса. Дети испытывают затруднения при ориентации в пространстве, сторонах своего тела, в пробах Хеда (предлагается в старшем дошкольном возрасте)<sup>1</sup>, в копировании геометрических фигур, в рисовании, иногда в начале обучения письму у них наблюдается зеркальность (изменяется направление элементов букв и цифр в пространстве, они воспринимаются как бы через зеркало). Эти нарушения часто сочетаются с затруднениями в воспроизведении ритмов, недостаточностью слухо-речевой памяти, фонематического слуха и слухового восприятия.

Для детей данной группы крайне характерным признаком является выраженное нарушение умственной работоспособности за счет ряда неврологических расстройств:

— *повышение внутричерепного давления* (гипертензионно-гидроспецифальный синдром). Нарушения умственной работоспособности при данном синдроме проявляются в виде повышенной

утомляемости и пресыщаемости (особая выраженность утомляемости при однообразном виде деятельности) и сочетаются с недостаточностью памяти, внимания, переключаемости, замедленностью мыслительных процессов, недостаточной их целенаправленностью, со склонностью к побочным ассоциациям. Для некоторых детей характерна повышенная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность. Эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, иногда жалуются на головные боли и головокружения;

— *церебрастенический синдром*, который проявляется в виде повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости, нарушений функции активного внимания, памяти. В одних случаях синдром сочетается с проявлениями гипервозбудимости — признаками общего эмоционального и двигательного беспокойства, в других — с преобладанием заторможенности, вялости, пассивности.

Могут наблюдаться также неврозоподобные синдромы в виде страхов, общего беспокойства, нарушений сна, тиков мышц лица и конечностей, преходящего или более стойкого энуреза, а также эпилептических проявлений.

Для этих детей характерны нарушения познавательной деятельности, они испытывают выраженные затруднения при обучении их пониманию количественных отношений, представлений о числе и о натуральном ряде чисел.

#### **Это осложненный вариант ОНР.**

3. У детей третьей группы специфика ОНР проявляется в виде локального, коркового речевого дефекта — моторной алалии.

Для предупреждения всех описанных вариантов ОНР важное значение имеет ранняя диагностика отклонений в речевом развитии и ранняя логопедическая работа.

У детей с общим недоразвитием речи важно развивать память, внимание, мышление, формировать и расширять понятия о цвете, форме, величине и числе, а также развивать моторную деятельность.

При проведении логопедической работы с ребенком обязательно обращают внимание на особенности общей и мелкой моторики пальцев рук. Как правило, у этих детей выражены моторные нарушения, и особенно обращает на себя внимание недостаточность тонких дифференцировок пальцев рук, зрительно-моторной координации, зрительно-пространственного гнозиса и праксиса. Поэтому в коррекционную работу необходимо обязательно включать серии специальных упражнений по развитию этих функций.

## **4.2. Воспитание ребенка с отставанием в развитии речи**

Ребенок с отставанием в развитии речи нуждается в особом подходе. В первые годы жизни любое отклонение в развитии проявляется, прежде всего, в речевом отставании. Исключение могут составлять лишь некоторые дети с гидроцефалией, у которых достаточно рано формируется способность повторять слова и предложения. Однако и эти дети нуждаются в специальной коррекционной работе, направленной, прежде всего, на развитие смысловой стороны речи.

Речь является основой формирования социальных связей ребенка с окружающим миром. Поэтому при отставании в развитии речи у ребенка всегда возникают дополнительные проблемы, связанные с общением.

Необходимо, чтобы мать уделяла достаточное внимание речевому общению с ребенком, стимулируя его к использованию слов и предложений. Первой задачей матери является формирование у ребенка потребности в общении. А для этого малышу надо, прежде всего, ощутить реальное преимущество речевого общения с окружающими. Например, если малыш хочет, чтобы мать взяла его на руки, он тянет к ней руки, стремится криком привлечь ее внимание, наконец, ему удается произнести звуко сочетания, похожие на слово *неси*, — мать тут же берет его на руки.

Такие же ситуации возникают при манипуляциях с игрушками, когда ребенок связывает произнесение первых слов или звуко сочетаний со значимым для него действием или предметом.

Как только ребенок произнес нужное слово, мать награждает его радостной улыбкой и выполняет его просьбу.

Развитие речи начинается с формирования обозначающей функции слова, что тесно связано с предметно-практической деятельностью ребенка. С 6 месяцев ребенка следует учить соотносить предметы с обозначающим его словом, т. е. постепенно развивать ситуативное понимание обращенной речи.

Для формирования речи важное значение имеет моторное развитие ребенка, дифференциация слухового восприятия и развитие ориентировки в окружающем, а также формирование потребности в общении.

В дошкольном возрасте для стимуляции речевого развития ребенка важное значение имеет работа с картинками. Взрослый стимулирует у ребенка развитие диалогической речи (ответы на вопросы) с опорой как на сюжетные картинки, так и на серию сюжетных картинок, учит его составлению рассказа.

При работе по серии сюжетных картинок у ребенка развивают внутреннюю программу рассказа. Для этого используют серии из 3-4 картинок. Например, серия из 3 сюжетных картинок «Гроза»: *Дети собирают щавель. Пошел дождь, дети убегают. Дети спрятались в шалаши.* Перед ребенком серия этих картинок раскладывается в беспорядке — 2, 1, 3. Дается следующая инструкция: *Я разложила картинки неправильно, не в том порядке. Посмотри внимательно на картинки и разложи их в правильном порядке.* Ребенка учат правильному раскладыванию картинок и составлению рассказа по ним. Взрослый помогает ребенку, обозначая название рассказа, например «Гроза»<sup>1</sup>.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Чем обусловлено частое сочетание стойкого речевого нарушения с различными отклонениями в психической деятельности у детей с тяжелыми нарушениями речи?
2. Какая форма аномального речевого развития определяется в отечественной логопедии как общее недоразвитие речи?
3. Определите содержание лечебно-педагогической работы с детьми с общим недоразвитием речи.
4. Какой механизм декодирования речевого сигнала не сформирован у детей с общим недоразвитием речи?
5. Опознавание и дифференциация каких звуков особенно затруднены у детей с общим недоразвитием речи?
6. Охарактеризуйте три уровня речевого развития у детей с общим недоразвитием речи.
7. На какие группы можно условно разделить детей с общим недоразвитием речи по данным клинического обследования и динамике речевого и психического развития?
8. В чем специфика воспитания ребенка с отставанием в развитии речи?

### Рекомендуемая литература

Жукова Н.С., Мاستюкова Е.М., Филичева Т.Е. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М., 1990.  
Лалаева Р.И. Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей. СПб., 1990.  
Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. М., 2003.  
Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.  
Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М., 1975.  
Филичева Т.Е. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. М., 2001.

<sup>1</sup> Лалаева Р.И. Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей. СПб., 1990.

## Глава 5. ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ (ДЦП)

### 5.1. Ранняя стимуляция психического и речевого развития

Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе, направленной, прежде всего, на развитие моторики речи и коммуникативного поведения. Коррекционная работа проводится дифференцированно, с учетом формы заболевания и возраста ребенка.

Стимуляция психического развития на первом году жизни направлена на формирование зрительного, слухового и кинестетического восприятия, зрительно-моторного манипулятивного поведения, положительного эмоционального общения со взрослым. С первых месяцев жизни ребенка активно стимулируют к накоплению им- чувственного опыта. Его побуждают к обследованию окружающих предметов посредством зрения, слуха, осязания. Важно как можно раньше воспитывать у этих детей осязывающие движения рук. С этой целью в ручки ребенка вкладывают различные по форме, величине и фактуре игрушки, привлекая к ним его зрительное внимание. Для улучшения проприоцептивных ощущений перед такими упражнениями целесообразно провести массаж кистей и кончиков пальцев щетками различной жесткости.

На основе предметно-практической и игровой деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, стимулируют сенсорно-моторное поведение и голосовые реакции, используя методы так называемого *торможения* и *облегчения*. Тормозят нежелательные патологические движения, сопровождаемые повышением мышечного тонуса, и одновременно «облегчают» произвольную сенсомоторную активность. Применяются различные приспособления для фиксации головы, туловища и конечностей с целью облегчения функций артикуляционного аппарата, тренировки зрительно-моторной координации и других реакций. Специальные серии упражнений, направленные на стимуляцию сенсорных функций с одновременной коррекцией двигательных нарушений, создают условия для формирования перцептивных действий.

В возрасте от 1 года до 3 лет у ребенка развивают предметно-манипулятивную деятельность, обучая его овладевать навыками Действий с различными предметами и начальными способами Общения с окружающими. Основными задачами на этом этапе является развитие речевого и предметно-действенного общения, вос-

питание дифференцированных интеро- и экстероцептивных ощущений, начальных форм социального поведения, самостоятельности.

На основе предметно-практической деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, закрепляют связи между словом, предметом и действием. Детей учат называть предметы, объясняют их назначение, знакомят с новыми, используя зрение, слух, осязание, а где можно, обоняние и вкус; показывают, как производить действия с этими предметами и стимулируют к активному их выполнению. Обучают интонации просьбы.

Специальные серии упражнений, направленные на тренировку сенсорных функций, знакомят детей с различными качествами предметов и создают условия для формирования перцептивных действий. Для этого используют различные по форме, протяженности, цвету, температуре и другим свойствам предметы, расположенные в виде классификационных групп, например: серии колец разного размера, серии поверхностей разной шероховатости, шарики различных цветов и т. п.

Ребенка учат парным сопоставлениям предметов по их свойствам, выполнению предметных действий, выбору по образцу. В качестве материала используют пары геометрических фигур, предметы всех основных цветов, игрушки типа башенок, матрешек, вкладок, парные картинки. Основная задача педагога — обучение внешним ориентировочным действиям. При помощи инструкции типа: *«Положи в эту коробку все игрушки, а в эту — всю одежду»* и совместного с ребенком выполнения задания формируют начальные обобщающие понятия: *игрушки, одежда*.

## 5.2. Кондуктивное воспитание при детском церебральном параличе (ДЦП)

Кондуктивное воспитание и обучение при ДЦП включает комплексную методику лечебно-педагогического воздействия с использованием регулирующей функции внутренней речи, ритмической организации движения. С этой целью стимулируют ребенка выполнять движения под счет от 1 до 5, на основе однотипных инструкций, например *вверх — вниз* и т. п. Ритмическая стимуляция движений основывается на психологических исследованиях многих отечественных психологов (Л.С. Выготского, Н.А. Бернштейна, А.Р. Лурия), рассматривающих произвольную двигательную активность на основе концепции функциональных систем, включающих кинестетическую и кинетическую основы и зрительно-

пространственную организацию. Известна роль речевой регуляции в развитии произвольных движений.

Методика кондуктивного воспитания, базирующаяся на этой концепции, в свою очередь, не только облегчает выполнение движений при ДЦП, но и способствует формированию произвольной регуляции поведения. Эта методика, разработанная в Венгрии ведущим специалистом по ДЦП М. Хари, нашла свое применение во многих странах мира.

С помощью этой методики осуществляется неразрывная взаимосвязь в развитии моторики, речи и произвольной регуляции поведения.

Формируется начальное ситуационное понимание обращенной речи и подчинение отдельным словесным инструкциям в знакомых словосочетаниях. Для развития понимания простых инструкций надо их произносить, одновременно показывая обозначаемые ими действия, помогая ребенку их выполнить. Так воспитывается понимание таких движений, как *«ладушки»*, *«до свидания»*, *«покажи, какой ты большой»* и т. п.

При проведении этой работы особо важное значение имеет эмоционально-положительное взаимодействие ребенка со взрослым, осуществляющим систему кондуктивного воспитания.

## 5.3. Ранняя логопедическая работа

Особой спецификой отличается логопедическая работа при ДЦП. Известно, что у детей с церебральным параличом наиболее частыми формами речевых нарушений являются различные формы дизартрии, спецификой которых является общность нарушений речевой и скелетной моторики с недостаточностью кинестетического восприятия. Ребенок слабо ощущает как положение своих конечностей, так и органов артикуляции. Это способствует проявлению общей и артикуляционной диспраксии, что затрудняет выполнение целенаправленных движений и усиливает нарушения звукопроизношения.

Одной из важных задач логопедической работы при ДЦП является развитие ощущений артикуляционных поз и движений, преодоление и предупреждение оральной диспраксии. Для улучшения ощущений артикуляционных поз и движений используются упражнения с сопротивлением, чередования упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем с помощью зеркала и с закрытыми глазами с целью сосредоточения внимания на проприоцептивных ощущениях.

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

Взаимосвязь нарушений общей и речевой моторики при ДЦП проявляется также в том, что тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук.

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

Нарушения звукопроизводительной стороны речи при ДЦП проявляются в виде различных форм дизартрии. Логопедическая работа дифференцируется в зависимости от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.

При *псевдобульбарной дизартрии* у детей с церебральным параличом обычно преобладает ее спастический вариант. В этом случае основной задачей является предварительное снижение мышечного тонуса в речевой и скелетной мускулатуре с помощью подбора специальных поз и положений для проведения логопедической работы.

При *экстрапирамидной дизартрии*, когда имеет место постоянное повышение мышечного тонуса по типу тонических спазмов и насильственные движения резко затрудняют артикуляцию, фонацию и голосообразование, также необходимы специальные условия для проведения логопедической работы с устранением всех внешних резких стимулов. Кроме того, важное значение имеют специальные приемы логопедического воздействия, направленные на стимуляцию проприоцептивной афферентации от речевой мускулатуры, что способствует лучшему ощущению артикуляционных поз и движений речевой мускулатуры.

Также важно иметь в виду, что при экстрапирамидной форме дизартрии нередко наблюдаются нарушения слуха по типу нейро-сенсорной тугоухости. При этом прежде всего страдает восприятие высоких тонов.

При *мозжечковой дизартрии* важно развивать точность артикуляционных движений и их ощущений, развивать интонационно-ритмическую и мелодическую стороны речи, работать над синхронизацией процессов артикуляции, дыхания и голосообразования.

Система логопедического воздействия при всех формах дизартрии у детей с церебральным параличом имеет комплексный характер и включает коррекцию звукопроизношения в сочетании с формированием звукового анализа и синтеза, лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания.

Спецификой этой работы является ее сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематического проведения.

Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений:

- зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка, а также состояния его интеллекта;

- развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка;

- развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений;

- развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа;

- усиление восприятия артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.

Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно.

Первый этап — подготовительный. Основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов; у ребенка раннего возраста — воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи, возраста и формы дизартрии. При отсутствии речевых средств общения у ребенка стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражания, которым придают характер коммуникативной значимости.

Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап — формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель — развитие речевого общения и звукового анализа. Проводится работа по кор-

рекции артикуляционных нарушений: при спастичности — расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; корреляция речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

Работа по расслаблению мышц артикуляционного аппарата начинается с общего мышечного расслабления, расслабления шейной, грудной мускулатуры, мышц рук. Затем проводится расслабляющий массаж мышц лица. Движения начинаются с середины лба по направлению к вискам. Они производятся легкими поглаживающими равномерными движениями кончиков пальцев в медленном темпе.

Расслабляющий массаж проводится дозированно, распространяется только на те области лица, где имеется повышение мышечного тонуса, в группах же мышц вялых, ослабленных применяют тонизирующий, укрепляющий массаж.

Вторым направлением расслабляющего массажа лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения проводятся равномерно обеими руками с двух сторон.

Третьим направлением движения является движение вниз от линии лба, через щеки к мышцам шеи и плеча.

Затем приступают к расслаблению мышц губ. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон. Движения идут к средней линии, так что верхняя губа собирается в вертикальную складку. Такое же движение продлевается с нижней губой, затем с обеими губами вместе.

В следующем упражнении указательные пальцы логопеда помещаются в то же положение, но движения идут вверх по верхней губе, обнажая верхние десны, и вниз по нижней, обнажая нижние десны.

Затем указательные пальцы логопеда помещаются в углы рта и губы растягиваются (как при улыбке). Обратным движением с образованием морщинок губы возвращаются в исходное положение.

Эти упражнения проводятся при различном положении рта: рот закрыт, приоткрыт, полуоткрыт, широкий рот.

После расслабления, а при низком тонусе — после укрепляющего массажа губ тренируют их пассивно-активные движения. Ребенка учат захватывать и удерживать губами леденцы, палочки различного диаметра, учат пить через соломинку.

После общего мышечного расслабления и описанных выше упражнений приступают к тренировке мышц языка. При их расслаблении важно учитывать, что они тесно связаны с мышцами

нижней челюсти. Поэтому движение вниз в полости рта спастически приподнятого языка проще всего достигается при одновременном движении вниз нижней челюсти (широкое открывание рта). В этом положении логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы.

Следующим приемом являются легкие плавные покачивающие движения языка в стороны.

Важное значение в логопедической работе имеет также артикуляционная гимнастика. При ее проведении большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция, развитие статико-динамических ощущений и четких артикуляционных кинестезии.

Артикуляционная гимнастика языка начинается с воспитания активного прикосновения концом языка к краю нижних зубов. Затем развивают общие движения языка, сначала менее, а затем все более дифференцированные. Работа над артикуляционной моторикой сочетается с развитием голоса и речевого дыхания.

Пассивный словарь обогащают такими словами, как *форма, величина, цвет, такой же, похожий, больше, меньше*. Учат сравнивать контрастные по величине предметы, различать объемные формы предметов, показывая и называя их: *шар — шарик, куб — кубик, большой — маленький*. Объясняют назначение отдельных предметов в практической деятельности — *мячом играют, ложкой едят, из чашки пьют, на кровати спят* и т.д. Обучают сличать предметы и их изображения, слушать и понимать речь взрослого, рассматривать картинки в книгах. Ребенку рассказывают о предметах, нарисованных на картинках, и просят его показать названную картинку. Подбирают игрушки, для захватывания которых необходимо участие большого пальца.

Важное значение имеет развитие игровой деятельности в общении со сверстниками, обучение и коррекция нарушенных функций в процессе игры, воспитание навыков самообслуживания и гигиены, формирование манипулятивной деятельности, зрительно-моторной координации.

В дошкольном возрасте большое внимание уделяют тренировке функциональных возможностей кисти и пальцев рук. При развитии функции кисти особое внимание следует уделить тренировке захвата и отпускания предмета, движений пронации — супинации, отведения — приведения предплечья и кисти, стимуляции изолированных движений пальцев.

При воспитании ребенка с церебральным параличом важное значение имеет развитие его эмоционально-волевой сферы, преду-

преждевание невротических и неврозоподобных расстройств, особенно страхов, повышенной возбудимости в сочетании с неуверенностью в своих силах.

У ребенка с церебральным параличом часто отмечается своеобразное развитие по типу психического инфантилизма. Для предупреждения психического инфантилизма важно развивать у ребенка волю и уверенность в своих силах.

#### 5.4. Развитие двигательных функций

У детей с церебральным параличом развитие двигательных функций нарушено, начиная с периода новорожденности. В основе этих нарушений — запаздывание в угасании безусловных рефлекторных двигательных автоматизмов, среди которых наибольшее значение имеют так называемые позотонические рефлексы. При нормальном развитии к 3 месяцам жизни эти рефлексы уже не проявляются, что создает благоприятную почву для развития произвольных движений. Сохранение даже отдельных элементов позотонических рефлексов препятствует развитию произвольных движений. Поэтому при проведении лечебно-коррекционной работы необходимо избегать и предупреждать закрепление следующих неправильных поз и положений ребенка:

- в положении на спине избегать чрезмерного напряжения мышц-разгибателей шеи, рук и ног путем проведения специальных упражнений: согнув голову и спину ребенка, производить медленные плавные покачивания, добиваясь снижения мышечного тонуса;

- в этом же положении избегать или корректировать асимметричное положение тела при повороте головы в сторону, предупреждая поворот головы и глаз в сторону разогнутых конечностей;

- в положении на спине при сгибании головы избегать сгибания рук и разгибания ног.

Важное значение имеет ранняя стимуляция развития двигательных навыков. Каждому ребенку назначается индивидуальный комплекс лечебной физкультуры в зависимости от возраста и формы заболевания.

При развитии двигательных функций важно соблюдать возрастную закономерность их развития, поэтапно тренировать все виды двигательной активности: повороты, сидение с последующим вставанием на колени, а затем на ноги, положение на животе с последующим ползанием. Привлекая ребенка к активному выполне-

нию движений, следует избегать его чрезмерных усилий, что приводит обычно к резкому повышению мышечного тонуса<sup>1</sup>.

На начальном этапе работы по развитию движений у детей с церебральным параличом используют серию упражнений для стимуляции подъема и удержания головы, разгибания верхней части туловища. Позже проводят упражнения для тренировки опоры на предплечья и на кисти, стимулируют ползание на животе, проводят специальные упражнения для тренировки поворотов туловища. В дальнейшем ребенка обучают стоянию на четвереньках и развивают функцию равновесия в этом положении, стимулируют ползание на четвереньках, проводят специальные упражнения по тренировке функции сидения, развивают способность самостоятельно садиться, вставать на колени, затем на ноги, развивают возможность вертикальной позы и ходьбы. Особенности проведения всех этих упражнений представлены в специальной литературе<sup>2</sup>.

Важное значение в физическом воспитании ребенка с церебральным параличом имеют специальные упражнения, направленные на развитие манипулятивной функции рук. Развитие функции рук тесно связано с формированием общей и артикуляционной моторики. Известно, что ранней стадией общения является язык жестов. Тренировка функции руки имеет важное значение для развития психических и речевых навыков. Ребенка учат захвату и произвольному отпусканию предмета. При этом важно, чтобы в захвате участвовали, в первую очередь, большой, указательный и средний пальцы, а не только мизинец и безымянный. Для этого полезно проводить специальные упражнения, например учить ребенка подносить ложку ко рту.

Ребенку с церебральным параличом трудно не только захватить предмет, но и отпустить его, поэтому ребенка важно учить произвольному разжиманию кисти, а также переключению предмета из одной руки в другую.

Для развития дифференцированных движений пальцев, например для надавливания указательным пальцем, используют различные предметы и игрушки.

Важное значение имеют специальные упражнения по подготовке и развитию самостоятельной ходьбы. Для этого ребенка следует обучить правильной вертикальной постановке головы и туло-

<sup>1</sup> Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. М.: Просвещение, 1991.

<sup>2</sup> Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тихотна О.В. Детские церебральные параличи. М., 1989.



вища по отношению к опорной поверхности; умению перемещать центр тяжести на опорную ногу, равномерному распределению массы тела на обе ноги.

Необходимо развить у ребенка спорность стоп и шаговые движения в разных исходных положениях: лежа на спине, сидя на детском стульчике, стоя.

Вначале ребенка обучают вставанию и ходьбе с поддержкой, при этом необходимо обратить внимание на правильное распределение центра тяжести тела и сохранение равновесия. С этой целью тренируют ходьбу с опорой на передвигающийся впереди утяжеленный стул, коляску с грузом, учат ходить в брусках и ходунках.

Важное значение имеют специальные корригирующие приемы по стимуляции реакций равновесия. Специфика упражнений дифференцируется в зависимости от формы ДЦП.

Возможность стояния и ходьбы у детей с церебральным параличом зависит от степени поражения ног, развития контроля головы и реакций равновесия. Становление этих функций значительно затрудняется, если ребенок не может использовать руки для поддержки.

Кроме лечебной гимнастики, для подготовки ребенка к самостоятельному передвижению широко используются различные виды массажа. Классический лечебный массаж при ДЦП способствует расслаблению напряженных мышц и стимулирует функционирование ослабленных мышц. Используются различные приемы массажа: поглаживания, потряхивания, точечный и вибрационный.

Ребенок с церебральным параличом нуждается в ранней комплексной лечебно-коррекционной работе. Наряду с лечебной физкультурой и массажем в большинстве случаев необходимы специальные ортопедические мероприятия (специальные укладки, этапные гипсовые повязки, различные приспособления для удержания головы, сидения, стояния и ходьбы: рамы-каталки, утяжеленная тележка, ходунки, палочки для ходьбы и др.).

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие задачи лечебно-коррекционной работы решаются на первом году жизни ребенка с церебральным параличом?
2. Какие психические и двигательные функции ребенка с церебральным параличом стимулируют в возрасте от 1 до 3 лет?
3. Что такое кондуктивное воспитание и в чем его преимущества?
4. В чем специфика ранней логопедической работы при разных формах дизартрии?
5. Какие упражнения проводятся для развития двигательных функций у ребенка с церебральным параличом?

Какие упражнения полезны для развития манипулятивной функции

6.

рук:

7. Какие упражнения рекомендуются для подготовки ребенка с церебральным параличом к ходьбе?
8. Какие лечебные мероприятия, помимо лечебной гимнастики и массажа, в большинстве случаев необходимы ребенку с церебральным параличом?

### Рекомендуемая литература

*Архипова Е.Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 1989.

*Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тюнина О.В.* Детские церебральные параличи. М., 1989.

*Данилова Л.А.* Методика коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. М., 1977.

*Лалаева Р.И.* Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей. СПб., 1990.

*Маслякова Е.М.* Речевые нарушения у учащихся с гиперкинетической формой церебрального паралича и медицинское обоснование логопедических мероприятий // Дефектология. 1979. № 3.

*Мастюкова Е.М.* Физическое воспитание детей с церебральным параличом. М., 1991.

*Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В.* Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М., 1985.

*Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Что является наиболее важным в воспитании в семье ребенка с детским церебральным параличом? // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. № 2.

*Шипицина Л.М., Мамайчук Л.М.* Детский церебральный паралич. СПб., 2001.

### Глава 6. ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Степень выраженности отставания в психическом развитии у слепых и слабовидящих детей зависит от причин, тяжести и времени возникновения нарушений зрения, а также от своевременного начала коррекционной работы. Особенности умственного развития детей с выраженными дефектами зрения являются ограниченность знаний и представлений об окружающем мире с преобладанием общих, неконкретных сведений; при недостаточном формальном словарном запасе нередко наблюдается недостаточная предметная соотнесенность слов. Дефекты зрения часто тормозят развитие двигательных навыков и умений и определяют

малую моторную активность ребенка, общую медлительность. На этом фоне у детей нередко возникают двигательные стереотипные движения в виде потряхивания рук перед глазами, похлопывания и др.

Для детей с дефектами зрения характерны также малая психическая активность, повышенная истощаемость. Эти нарушения особенно выражены у детей с органическим поражением нервной системы.

Коррекционно-педагогическая работа имеет комплексный характер и направлена на расширение знаний и представлений об окружающем мире, развитие познавательной деятельности на основе полисенсорного восприятия — зрительного, слухового, осязательного. При этом важно, даже при выраженных дефектах зрения, обязательно использовать в познании окружающего мира остаточное зрение, учить ребенка пользоваться им в повседневной деятельности. Развитие зрительного восприятия проводится в комплексе с развитием познавательной деятельности.

Важным условием успеха педагогической коррекционной работы является сочетание ее с медицинскими мероприятиями, прежде всего необходим ранний и правильный подбор очков, динамическое наблюдение за состоянием зрения и систематическое лечение.

Нарушения зрения выражаются как в тотальной (слепота), так и неполной (слабовидение) потере зрения, причем число слабовидящих значительно больше, чем тотально слепых.

Среди основных клинических форм дефектов зрения у детей отмечается преобладание поражений проводящих нервных путей и корковой зоны зрительного анализатора, а также поражения хрусталика глаза (катаракта). Среди различных видов поражений хрусталика преобладают врожденные катаракты, обусловленные наследственными факторами (в частности, обменными заболеваниями), внутриутробными инфекциями плода. Катаракта бывает у детей, страдающих хромосомными заболеваниями, например болезнью Дауна.

Особой формой патологии зрения у детей, нередко приводящей к полной слепоте, является ретролентальная фиброплазия. Она развивается у недоношенных детей, которые длительное время находятся в кюветах вследствие асфиксии. Повышенное содержание кислорода в воздухе приводит к тяжелым изменениям сосудов сетчатки, а также стекловидного тела. Заболевание можно обнаружить уже на второй-третьей неделе после рождения при обследовании глазного дна. Для предупреждения этой формы патологии органов зрения акушеры и микропедиатры должны тща-

тельно следить за концентрацией кислорода в воздухе кислородной палаты.

Слепота и слабовидение часто развиваются при различных аномалиях и заболеваниях зрительного нерва. Наиболее часто патология зрительного нерва является следствием общих заболеваний, особенно ЦНС. В раннем детском возрасте выявление заболеваний зрительного нерва, особенно односторонних, затруднено, так как ребенок может не осознавать этого дефекта. Поэтому родителям следует быть особенно внимательными к детям раннего возраста и, прежде всего, к детям, страдающим гидроцефалией. При прогрессирующей гидроцефалии может развиваться отек зрительного нерва, что при отсутствии лечебных мероприятий вызывает его атрофию и приводит к слепоте. Поэтому, если у ребенка имеются признаки прогрессирующей гидроцефалии, если он перенес тяжелую родовую травму, нейроинфекцию или если у него наблюдаются различные деформации черепа типа «башенного» черепа, необходимо обследование глазного дна. В таком обследовании нуждаются также дети с наследственными заболеваниями нервной системы.

У детей с отклонениями в развитии нередко наблюдается косоглазие. Педагогам и воспитателям следует иметь в виду, что косоглазие — это не только недостаток внешности. При косоглазии часто нарушается зрительное восприятие, а именно бинокулярное зрение, т. е. возможность одновременно воспринимать зрительные объекты обоими глазами. Бинокулярное зрение имеет важное значение в психическом развитии ребенка.

От истинного косоглазия следует отличать мнимое или кажущееся косоглазие. Ложное впечатление о наличии косоглазия может создаваться, если у ребенка имеет место асимметрия лица и глазниц. Для разграничения истинного и мнимого косоглазия необходимо обследование врача-невропатолога и окулиста.

Истинное косоглазие часто сочетается со снижением остроты зрения.

Выделяют две формы содружественного косоглазия: *сходящееся* и *расходящееся*. Наиболее частой причиной содружественного косоглазия являются поражения ЦНС.

При наличии у ребенка косоглазия необходимо определение остроты зрения каждого глаза и обоих глаз вместе, без коррекции и с коррекцией, обследование глазного дна, а также в ряде случаев требуются и специальные электрофизиологические исследования органа зрения.

В настоящее время разработаны разнообразные методы лечения косоглазия, включающие как специальные тренировочные

упражнения, назначение очков, так и хирургические методы, а также лазерное лечение. Во всех случаях лечение проводится дифференцированно по назначению и под наблюдением врача-окулиста.

Для детей с отклонениями в развитии особенно важное значение имеет гигиена зрения и общее укрепление здоровья, начиная с самого раннего возраста. Известно, что любое общее заболевание и, в первую очередь, детские инфекции (корь, скарлатина и др.) ослабляют детский организм в целом, в том числе и мышечный аппарат глаз, что способствует появлению косоглазия. Во время этих заболеваний следует избегать зрительной нагрузки, не разрешать ребенку рассматривать мелкие предметы, смотреть телевизор.

При наличии у ребенка патологии сетчатки проводится комплексное медикаментозное лечение, направленное, главным образом, на улучшение питания сетчатки и стимулирование ее функции. Применяются комплексы витаминов, АТФ, алоэ, сосудоулучшающие и другие препараты.

Для предупреждения тяжелых дефектов зрения, связанных с недоразвитием зрительных центров коры головного мозга, важное значение имеет раннее лечение, включая, по показаниям, и хирургическое, а также комплекс коррекционно-воспитательных мероприятий, проводимых в семье.

Психическое развитие ребенка с дефектами зрения протекает различно, в зависимости от того, является ли он слепым или слабовидящим, сочетается ли у него зрительный дефект со снижением интеллекта и в какой степени. Во всех случаях психическое развитие протекает неравномерно. С самого раннего возраста необходимо активизировать функционирование всех сохранных анализаторов, а также постоянно стимулировать остаточное зрение<sup>1</sup>.

Коррекционную работу с ребенком, имеющим нарушения зрения, следует начинать с первых месяцев его жизни. Для этого важно постоянно поддерживать эмоциональный контакт с ребенком, обогащать его опыт тактильными и кинестетическими ощущениями: часто менять положение его тела, поглаживать, проводить пассивно-активные упражнения, привлекая внимание ребенка к возникающим при этом ощущениям.

Особенно важное значение при воспитании ребенка с тяжелыми нарушениями зрения имеет развитие активного осязания. Ребенка как можно раньше следует учить ощупывать различные

*Солнцева Л.И., Хорош СМ. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. М.: Об-во слепых, 1988. С. 67.*

предметы, одновременно называя их и говоря об их назначении. Учить его совместно со взрослыми пользоваться различными предметами, комментируя действия ребенка.

Важное значение имеет развитие у детей с нарушениями зрения ориентировки в пространстве, а также проведение специальных занятий по развитию речи. При этом следует обратить особое внимание на развитие смысловой стороны речи, предупреждать так называемую «попуганную» речь, когда малыш повторяет речь окружающих, не понимая ее смысла.

Особо следует обратить внимание на узнавание частей собственного тела и развитие начальных пространственных представлений. Важное значение имеет развитие моторики и физическое воспитание.

В специальных исследованиях показано, что формирование игры слепых и слабовидящих детей является важным средством коррекции их нравственного и физического развития<sup>1</sup>. Методика обучения игре слепых и слабовидящих детей включает в себя поэтапную подготовку к игре с использованием специальных психотехнических и игровых корригирующих упражнений и заданий. Игровая деятельность способствует формированию произвольности психических процессов у детей с нарушениями зрения<sup>2</sup>.

Важное значение в коррекционной работе с детьми с нарушениями зрения имеет специальная логопедическая работа. Она проводится поэтапно, с учетом уровня сформированности речи у этих детей<sup>3</sup>.

Наименее выражены речевые нарушения на первом уровне сформированности речи. На этом уровне отмечаются лишь единичные нарушения звукопроизношения.

На втором уровне у ребенка имеет место ограниченность активного словаря, некоторые затруднения в соотношении слова и образа предмета, употреблении обобщающих понятий, в составлении предложений и особенно развернутых рассказов. Нарушения звукопроизношения более выражены и разнообразны. Фонематический анализ не сформирован.

На третьем уровне отмечается недостаточность активного и пассивного словаря. Не сформирована предметная соотношенность слов, не развиты обобщающие понятия. Связная речь аграм-

<sup>1</sup> Маллаев Д.М. Игры для слепых и слабовидящих: организация и методика проведения. М.: Советский спорт, 1992. С. 92.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Особенности логопедической работы при нарушениях зрения // Логопедия. М.: Просвещение, 1989. С. 393-399.

матична, ребенок пользуется, в основном, одно-двухсловным предложением. Имеют место разнообразные нарушения звукопроизношения. Фонематический анализ и синтез не развиты.

На четвертом, самом низком уровне ребенок пользуется лишь отдельными словами, фонематический анализ и синтез не сформирован.

Таким образом, у детей с нарушениями зрения часто имеет место несформированность речевой функциональной системы с ограниченным словарным запасом, нарушением понимания смысловой стороны речи. Характерным признаком является своеобразный вербализм и эхолалии на фоне ограниченного словарного запаса.

Важное значение в логопедической работе имеет специальный подбор дидактического материала необходимой величины, объемности и окраски, использование рельефных картинок, специальных наборов игрушек для их тактильного опознавания.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие особенности психического развития связаны со слепотой и слабовидением?
2. Почему коррекционно-педагогическая работа при нарушениях зрения носит комплексный характер?
3. Какие медицинские мероприятия необходимы детям с глубокими нарушениями зрения?
4. Какие клинические формы дефекта зрения преобладают среди детей со слепотой и слабовидением?
5. Какова роль активного осязания в развитии детей с глубокими нарушениями зрения?
6. Какое значение имеет ориентировка в пространстве, развитие речи и игры?
7. Какая роль в лечебно-коррекционной работе с детьми с глубокими нарушениями зрения отводится логопедической работе?

### Рекомендуемая литература

Маллаев Д.М. Игры для слепых и слабовидящих: организация и методика проведения. М., 1992.

Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. М., 2002.

Солнцева Л.И., Хорош С.М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. М., 1988.

Плакшина Л.И. Игры и упражнения для ориентировки в окружающем мире слабовидящих дошкольников // Дефектология. 1991. № 4.

Особенности логопедической работы при нарушениях зрения. М., 2003.

## Глава 7. ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Дети с нарушениями слуха подразделяются на две группы: *тугоухие* и *глухие*. Тугоухость разделяется на три степени<sup>1</sup>:

I — порог восприятия не выше 50 дБ;

II — порог восприятия от 50 до 70 дБ;

III — порог восприятия в среднем 75-80 дБ в речевом диапазоне.

В соответствии с международной классификацией выделяется еще IV степень тугоухости с потерей слуха до 90 дБ.

Для психического развития слабослышащего ребенка важное значение имеет развитие у него речи. Поэтому воспитание и обучение слабослышащих детей дифференцируется не только в зависимости от степени нарушений слуха, но и с учетом наличия или отсутствия у ребенка речи.

Среди причин нарушения слуха большую роль играют наследственные факторы — 30-50% от всех случаев. Следует иметь в виду, что некоторые наследственно обусловленные дефекты слуха являются прогрессирующими. В 30% случаев они могут сочетаться с другими нарушениями, например: дефектами зрения, интеллекта, заболеваниями и пороками развития внутренних органов, кожи, костно-мышечной системы.

Нарушения слуха могут возникать и под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих внутриутробно, в момент родов или после рождения. Среди причин, повреждающих слуховую систему плода, наибольшее значение имеют внутриутробные вирусные инфекции, особенно краснуха, перенесенная матерью в первые месяцы беременности, корь, грипп, а также такие заболевания, как врожденный сифилис, токсоплазмоз и др.

Важную роль в возникновении нарушений слуха играет ядерная желтуха новорожденных, обусловленная несовместимостью крови матери и ребенка по резус-фактору или групповой принадлежности крови. При ядерной желтухе возникает били-рубиновая интоксикация организма новорожденного, к которой крайне чувствительны слуховые нервы. В этих случаях может развиваться неврит слухового нерва. Неврит слухового нерва может также возникать при многих инфекционных заболеваниях, при применении больших доз некоторых лекарств (например,

<sup>1</sup> Нейман Л.В., Богомилъстий М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М., 2001.

некоторых групп антибиотиков). Неврит может также входить в симптомокомплексы различных наследственных заболеваний ЦНС.

Неврит обычно характеризуется прогрессирующим снижением слуха, иногда до полной глухоты. При этом в первую очередь нарушается восприятие высоких тонов. Двустороннее врожденное снижение или отсутствие слуха нарушает психическое развитие ребенка и особенно формирование речи и логического мышления.

Детей, страдающих тугоухостью, принято называть слабослышащими, в отличие от глухих, которые даже при применении звукоусиливающей аппаратуры не воспринимают речь на слух.

Для детей с нарушениями слуха характерно недоразвитие всех компонентов речи, а также имеют место специфические трудности формирования логического мышления. Основные направления коррекционной работы по речевому и умственному развитию детей с недостатками слуха разработаны Е.П. Кузьмичевой, Л.П. Носковой, Л.И. Тиграновой, Л.А. Головиц, Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымской и многими другими. Основоположниками этих современных исследований являлись такие ведущие специалисты, как Ф.Ф. Рау, Л.В. Нейман, В.И. Бельтюков, Р.М. Боскис, А.Г. Зикеев, К.Г. Коровин.

Одной из основных задач лечебно-педагогической работы с детьми с нарушениями слуха является развитие речи и логического мышления. Особенно важное значение имеет раннее начало лечебно-коррекционной работы (Е.П. Кузьмичева, Л.П. Носкова). В настоящее время доказана эффективность ранней коррекционной работы с глухими детьми. В отечественной сурдопедагогике накоплен опыт такой работы, начиная с первых месяцев жизни (Е.П. Кузьмичева, Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская и др.).

В настоящее время разработана оригинальная система ранней коррекционной работы, которую проводят, начиная с тем: «Части тела. Лицо», «Помещение», «Мебель». Ребенка учат путем зрительно-тактильного восприятия познавать окружающий мир, для стимуляции ранней коммуникативной деятельности особое внимание обращается на лицо человека, ребенок соотносит фотографии с реальным человеком (членом семьи), дорисовывает недостающие части лица. Вся эта деятельность сопровождается расчлененной речевой инструкцией.

Важное значение уделяется обучению ребенка освоению нового пространства (ориентации в собственной квартире, а также в новом помещении). Занятия проводятся по специальной програм-

ме с последовательным изучением различных тем: «Одежда», «Продукты питания», «Посуда» и т. д.<sup>1</sup>

Стимуляция речевого развития также проводится поэтапно и с последовательным изменением преобладающего мотива установления коммуникативной связи. По мере формирования коммуникативного поведения ребенок все активнее начинает подражать речевым действиям взрослого в процессе совместной предметно-практической деятельности.

На следующем этапе у ребенка формируют мотив достижения успеха в словесном обозначении окружающих предметов. И, наконец, на последнем этапе развивается мотив активного познания окружающей действительности.

Для стимуляции речевого развития глухого ребенка важное значение имеет создание для общения естественных ситуаций.

При обучении языку глухого ребенка дошкольного возраста важное значение отводится строгому разграничению методов обучения детей шести и семи лет.

Выделяют три основных направления работы по развитию речи глухих дошкольников: формирование и развитие языковой способности; развитие речевой деятельности; подготовка к усвоению основных закономерностей языка<sup>1</sup>.

Особенно серьезное внимание уделяется развитию языковой способности глухого ребенка, для этого ведущее значение придается раннему началу специальной педагогической коррекционной работы<sup>4</sup>.

Известно, что развитие языковой способности наиболее интенсивно проявляется в раннем возрасте, поэтому важно как можно раньше начинать коррекционную работу с детьми с нарушениями слуха<sup>5</sup>.

Для развития языковой способности большое значение имеет подражание. Поэтому при работе с детьми раннего возраста с нарушениями слуха необходимо стимулировать подражательную деятельность. Кроме того, при обучении глухих детей языку ши-

<sup>1</sup> Носкова Л.П. О методических путях обучения языку глухих детей старшего дошкольного возраста // Коррекционно-воспитательная работа в подготовительных группах специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха и интеллекта. М., 1990. С. 5-30.

<sup>2</sup> Там же. С. 30-59.

Там же.

Там же.

Там же.

роко используется предметная деятельность на основе эмоционального взаимодействия со взрослым<sup>1</sup>.

При проведении лечебно-коррекционной работы с детьми с нарушениями слуха необходим комплексный дифференцированный подход. Важно, чтобы каждый ребенок был обследован врачом отоларингологом и сурдологом, был обеспечен слуховым аппаратом, по медицинским показаниям получал комплексное лечение. Известно, что возможности речевого развития глухого ребенка зависят не только от степени выраженности дефекта слуха, но и от механизмов и уровня поражения слуховой системы, этиологии, индивидуальных психоневрологических особенностей ребенка, общего состояния его здоровья. Поэтому в каждом конкретном случае работа должна проводиться дифференцированно, с учетом клинических и психолого-педагогических данных. При психолого-педагогическом обследовании особенно важно оценить:

- уровень развития восприятия и наглядного мышления;
- особенности игры;
- степень сформированное™ навыков самообслуживания;
- особенности моторных функций<sup>2</sup>.

Важное значение в коррекционной работе с этими детьми имеет развитие речевого слуха. Для развития речевого слуха чрезвычайно значим уровень владения устной речью и так называемый речевой опыт ребенка (Е.П. Кузьмичева, 1989)<sup>3</sup>. Работа по развитию речевого слуха проводится во взаимосвязи с развитием и коррекцией звукопроизводительной стороны речи, расширением словарного запаса и обучением грамматическим основам речи. Эта работа находится во взаимосвязи с развитием познавательной деятельности. Ее основу составляет тесное взаимодействие слухового восприятия и кинестетических ощущений в речевой мускулатуре в процессе речи, а также зрительного восприятия речевых движений артикуляционной мускулатуры.

Для детей с нарушениями слуха характерно недоразвитие всех компонентов речи, поэтому важное значение имеет специальная

*Головниц Л.А. Развитие речи слабослышащих детей старшего дошкольного возраста с учетом дифференцированного подхода // Коррекционно-воспитательная работа в подготовительных группах специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха и интеллекта. М., 1990. С. 59-86. Там же.*

*Кузьмичева Е.П. Оценка развития речевого слуха глухих школьников // Дефектология. 1989. № 4. С. 17-21.*

Там же.

логопедическая работа. Эта работа дифференцируется, прежде всего, в зависимости от степени тугоухости.

При наиболее легкой — I степени тугоухости ребенок различает на слух не более 75% согласных, произнесенных голосом разговорной громкости около самой ушной раковины<sup>1</sup>.

Известно, что дети с одинаковой степенью тугоухости, но с разным уровнем развития речи по-разному распознают звуки речи. Чем более у ребенка развита речь, тем лучше он распознает звуки речи. Однако для всех детей с нарушениями слуха характерны фонетико-фонематические нарушения.

Выделяют три основные формы нарушения звукопроизношения у слабослышащих:

- при нарушениях слуха отмечаются замены одних звуков речи другими;
- при недостаточности моторного отдела речевого аппарата преобладают нарушения звуков по типу их искажения;
- смешанные формы нарушений звукопроизношения, обусловленные как сенсорной, так и моторной недостаточностью.

Логопедическая работа дифференцируется в зависимости от этих вариантов.

Наряду с фонетико-фонематическими нарушениями, у детей с недостаточностью слуха наблюдаются признаки несформированности лексико-грамматической стороны речи. Словарный запас ограничен, отмечается неточность употребления слов, часто с расширением их значений. Особенно трудно дети со сниженным слухом усваивают слова с отвлеченным значением. Дети с нарушениями слуха обычно грубо искажают звуко-слоговую структуру слов.

Характерным для детей с нарушениями слуха считается несформированность грамматического строя речи.

При коррекции нарушений звукопроизношения у детей с нарушениями слуха опираются на зрительно-кинестетические представления о звуках с опорой на ощущения артикуляционных движений и зрительный образ букв.

В процессе проведения лечебно-педагогической работы с детьми с недостатками слуха важное значение имеет развитие мыслительной деятельности, особенно развитие логического мышления.

<sup>1</sup> *Парамонова Л.Г. Особенности логопедической работы при нарушениях слуха // Логопедия. М.: Просвещение, 1989. Гл. XV. С. 383-393.*

Там же.

В отечественной сурдопсихологии разработана пропедевтика формирования логических умений у детей с недостатками слуха в период подготовки их к обучению<sup>1</sup>.

При подготовке ребенка с нарушениями слуха к обучению у него важно сформировать возможность оперирования отдельными признаками предметов, т. е. выделять признаки предметов (цвет, форму, величину), обобщать конкретные и житейские понятия, группировать предметы по отдельным признакам и, наконец, классифицировать предметы по двум признакам<sup>2</sup>.

Наиболее подробно коррекционная работа с дошкольниками с нарушениями слуха представлена в работе А.А. Венгер, Г.Л. Выготской, Э.И. Леонгард<sup>3</sup>. Авторы разработали программу проведения занятий с маленькими глухими и слабослышащими детьми. Эта программа предусматривает работу по следующим направлениям:

— развитие движений (основные движения и мелкая моторика);

— развитие восприятия: зрительного (восприятие цвета, формы, величины, пространственных отношений, целостное восприятие предмета); слухового (восприятие звучания музыкальных инструментов, восприятие слов в лепетной и полной форме); тактильно-двигательного (определение формы, величины, материала и других свойств предметов на ощупь и по обводящему движению); вибрационной чувствительности (реакции на вибрационные раздражители);

— формирование мышления (наглядно-действенного, наглядно-образного, логического);

— формирование речи (понимание устной речи в полной или лепетной форме и элементарной жестовой речи);

— формирование игровой деятельности;

— обучение изобразительной деятельности.

Все разработанные авторами задания могут применяться к детям в возрасте от 1 года 6 месяцев до 5-6 лет.

Методические указания авторов определяют необходимость проведения ежедневных занятий (1-2 раза в день).

Длительность каждого занятия определяется возрастом ребенка и степенью его подготовленности, она варьирует от 10-15

до 30 минут. Авторы подчеркивают необходимость смены видов деятельности на каждом занятии. Каждое упражнение проводится в течение 2-5 минут. На каждом занятии ребенку предлагается несколько упражнений.

*А. Для детей младшего возраста:*

а) складывание небольших предметов в мешочек;

б) катание мяча от взрослого к ребенку;

в) нанизывание пирамидки;

г) проведение игры «Ку-ку»;

д) скатывание мяча с наклонной плоскости. На последующих занятиях постепенно уменьшается число упражнений и увеличивается их длительность. *Б. Для детей старшего возраста:*

а) лепка шара;

б) развитие слухового восприятия: дифференциация звучаний барабана и аккордеона;

в) сличение цветов;

г) повторение лепетных слов.

В программе авторы определяют минимум слов, которыми должен пользоваться взрослый при проведении занятий, и рекомендуют не требовать от ребенка их повторения, а лишь поощрять его, если он сам начинает пользоваться ими.

В программе большое внимание уделяется стимуляции тактильно-двигательного восприятия. Ребенка учат различать формы круга и квадрата с помощью обводящих движений с опорой на зрительное восприятие. На следующем этапе занятие проводится с I исключением зрительного восприятия. Ребенок ощупывает предметы, затем повязка с глаз снимается, и он показывает те предме-; ты, которые ощупывал.

Важное значение уделяется формированию мышления: формируется предметно-действенное мышление, наглядное и словесно-логическое путем выполнения различных заданий на классификацию предметов. Большое внимание уделяется развитию слухового восприятия: ребенка учат различать на слух лепетные и полные слова. Вначале перед ребенком помещается только две игрушки или картинки, например лошадка и собачка, и его учат различать на слух их названия, которые обозначаются звуками или словами (лепетными и полными). Ребенка учат соотносить звукосочетание «прр» с лошадкой и «ам» с собачкой.

Затем ребенка учат различать три игрушки или картинки. Для стимуляции слухового восприятия проводятся специальные занятия на слухо-зрительной основе: ребенок слышит голос и

<sup>1</sup> Тигранова Л.И. Развитие логического мышления детей с недостатками слуха. М.: Просвещение, 1991. С. 161.

Там же.

<sup>2</sup> Венгер А.А., Выготская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. М.: Просвещение, 1972.



одновременно видит губы говорящего. После того как ребенок несколько раз показал требуемые предметы, взрослый постепенно исключает роль зрительного восприятия (садится сбоку от ребенка так, чтобы он не видел его лица) и произносит те же названия на ухо ребенку, при этом одновременно берет руку ребенка в свою и ею указывает на нужный предмет и вместе с ребенком произносит его название.

Авторы рекомендуют произносить на ухо ребенку весь материал, с которым к нему обращается педагог, а также произносить на ухо названия незнакомых ребенку предметов. При этом подчеркивается необходимость соблюдения в словах правильного ударения.

Важное значение в программе уделяется развитию зрительного восприятия и формированию мышления.

Авторы подробно представляют методику обучения счету с последовательностью этапов проведения занятий. На первом этапе ребенка учат соотношению количества.

На втором — знакомят с цифрами, причем вначале дается только цифра 1 и слово *один*, затем постепенно называют остальные цифры и числительные в пределах пяти.

На третьем этапе работы ребенка обучают пониманию состава числа. Эту работу проводят с разными предметами в пределах пяти.

И, наконец, на четвертом этапе ребенка обучают решению наглядных задач. Наглядные задачи вначале даются на сложение, а потом на вычитание.

Важным разделом программы является также специальный раздел, посвященный обучению игре<sup>1</sup>.

Лечебно-педагогическая работа с детьми с нарушениями слуха должна быть предельно ранней и иметь комплексный характер, она обязательно сочетается с проведением специального стимулирующего лечения.

Все лечебно-коррекционные мероприятия дифференцируются в зависимости от тяжести и характера слухового дефекта, состояния речи и интеллекта.

В сурдопедагогике применяются многие методы обучения и воспитания глухих детей. В одних из них преобладает использование словесной (устной, письменной, тактильной речи), в других — жестовой. В настоящее время многие авторы придерживаются точки зрения о необходимости использования метода тотальной

коммуникации при воспитании и обучении детей с нарушениями слуха.

Особо важное значение в настоящее время придается ранней диагностике и ранней коррекции нарушений слуха с помощью слуховых аппаратов. В этих случаях возможно наиболее полноценное речевое и умственное развитие ребенка, особенно если одновременно проводится ранняя сурдопедагогическая работа.

Медицинские методы реабилитации детей с нарушениями слуха подразделяются на две группы: хирургические и нехирургические. Хирургическое лечение применяется для реконструкции звукопроводящего аппарата. В настоящее время большинство специалистов отмечают необходимость раннего хирургического лечения заболеваний органа слуха, сопровождающихся тугоухостью. Хирургическое лечение, прежде всего, показано для многих детей, страдающих звукопроводящей (кондуктивной) тугоухостью. Это дети с врожденными уродствами наружного и среднего уха, а также дети с приобретенной тугоухостью в результате различных заболеваний уха.

Основным показателем к слухоулучшающим операциям считается наличие костно-воздушного резерва не менее 30 дБ при снижении костной проводимости не более чем 35-40 дБ в зоне речевых частот.

Все хирургические операции условно делятся на *слухосохраняющие* и *слухоулучшающие*. Слухосохраняющие операции проводятся обычно при прогрессирующем течении хронических гнойных отитов, в результате которых развиваются деструктивные процессы в среднем ухе, ведущие к тяжелой тугоухости.

Слухоулучшающие операции — это реконструктивно-пластические хирургические вмешательства на органе слуха. Слухоулучшающие операции проводятся при врожденных уродствах наружного и среднего уха, а также при различных заболеваниях.

Наряду с хирургическими методами лечения широко применяется медикаментозная терапия.

Прежде всего важное значение имеет своевременная санация верхних дыхательных путей. Важное значение имеет своевременное удаление аденоидов, своевременное лечение заболеваний придаточных пазух носа.

Применяются различные методы консервативного лечения хронических средних отитов. Так, предлагается после механической очистки уха вводить местно антибиотики в виде свечей; используют препарат диметилсульфоксид, представляющий собой смесь пенициллина с раствором адреналина гидрохлорида с до-

Венгер А.А., Выготская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. М.: Просвещение, 1972. С. 108.

бавлением 1 мл гидрокортизона и 3 мл 100% раствора диметилсульфоксида<sup>1</sup>.

Одним из новых применяемых антибиотиков является гликоциклин — смесь глицина, метил-тетрациклина и аминокислоты. Это антибиотик широкого спектра действия<sup>2</sup>.

При лечении воспалительных заболеваний уха необходимо избегать назначения антибиотиков с ототоксическим действием. Во всех случаях к назначению антибиотиков при воспалениях уха следует относиться с большой осторожностью. Противопоказано особенно местное применение таких ототоксических антибиотиков, как стрептомицин, неомицин, мицерин, канамицин, мономицин и др.

Рекомендуется при заболеваниях среднего уха использовать фракции фитонцидов: спиртового экстракта лука, водного раствора чеснока, прополиса, черемши<sup>3</sup>. Предлагается использовать настои на 70%-ном этиловом спирте из сухих измельченных растений: чистотела, череды, зверобоя, листьев эвкалипта, корня девясила, цветков календулы и сока чистотела в соотношении 1:5. Настой отстаивают в течение 10 дней и фильтруют через бумажный фильтр<sup>4</sup>. Применяют 3 раза в день в виде капель в ухо или на турунде<sup>4</sup>. Возможны аллергические осложнения.

Имеются данные о благоприятном воздействии различных стероидных гормонов. Во всех случаях лечение проводится дифференцированно по назначению и под контролем врача-отоларинголога.

Медикаментозное лечение, как правило, сочетается с аппаратными методами физиотерапевтического лечения. При острой нейросенсорной тугоухости необходима срочная госпитализация.

В последнее время появился новый метод лечения абсолютно глухих больных. Этот метод заключается в протезировании спирального органа — погибшей улитки посредством компьютерной техники, с введением тончайших электродов в лестницы улитки. При этом сам процесс кодирования речи происходит во внешнем преобразователе (процессоре), который носится в кармане (Л.В. Нейман, М.Р. Богомилский, 2001).

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. На какие группы делятся дети со стойкими нарушениями слуха?
2. Какие факторы могут воздействовать на формирование органа слуха во время внутриутробного развития?

Козлов М.Я., Левин А.Л. Детская сурдоаудиология. Л.: Медицина, 1989.

" Там же.

Там же.

Там же.

л

3. Какие факторы могут воздействовать на слуховую систему в пери- и постнатальном периоде развития?
4. Сформулируйте особенности речевого развития и основные направления коррекционной работы при нарушениях слуха.
5. Каково значение ранней стимуляции речевого развития?
6. Какие направления работы по развитию речи глухих дошкольников выделяют как основные?
7. Как проводится работа по развитию речевого слуха?
8. В чем специфика логопедической работы при нарушениях слуха?
9. Что такое тотальная коммуникация?
10. Какие современные методы медицинской реабилитации детской тугоухости и глухоты являются наиболее эффективными?

### Рекомендуемая литература

Венгер А.А., Выготская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. М., 1972.

Головниц Л.А. Развитие речи слабослышащих детей старшего дошкольного возраста с учетом дифференцированного подхода. В кн.: Коррекционно-воспитательная работа в подготовительных группах специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха и интеллекта. М., 1990.

Козлов М.Я., Левин А.Л. Детская сурдоаудиология. Л., 1989.

Королева И.В., Пудов В.И., Жукова О.С. Кохлеарная имплантация — новое направление реабилитации глухих детей // Дефектология. 2001. № 1.

Корсунская Б.Д. Воспитание глухого дошкольника в семье. М., 1974.

Миронова Э.В., Потапова Л.А., Таварткиладзе Г.А. Особенности реабилитации имплантированных больных с пре- и постлингвальной глухотой. Современные методы диагностики, лечения и реабилитации больных с патологией внутреннего уха: Тез. докл. науч.-практ. конф. в Суздале. М., 1997.

Нейман Л.В., Богомилский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М., 2001.

Носкова Л.П. О методических путях обучения языку глухих детей старшего дошкольного возраста. В кн.: Коррекционно-воспитательная работа в подготовительных группах специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха и интеллекта. М., 1990.

Парамонова Л.Г. Особенности логопедической работы при нарушениях слуха. В кн.: Логопедия / Под ред. профессора Л.С. Волковой. М., 2003.

Тигранова Л.И. Развитие логического мышления детей с недостатками слуха. М., 1991.

## Глава 8. ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НАРУШЕНИЯМИ ОБЩЕНИЯ

Эмоциональные расстройства являются одной из частых причин, обуславливающих отклонение в психическом развитии ребенка. Согласно теории периодизации индивидуального психического развития (Т.К. Ушаков, 1973; В.В. Ковалев, 1979), аффективный уровень реагирования имеет место у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Поэтому под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды и при различных нервно-психических заболеваниях и отклонениях в развитии на этом возрастном этапе наиболее часто проявляются различные эмоциональные расстройства. Это не значит, что они не могут проявляться в более раннем или в более старшем возрасте, но в возрасте 5-9 лет они обычно более выражены.

Для аффективного уровня реагирования характерно появление страхов, повышенной аффективной возбудимости.

В отечественной психологии разработан уровневый подход к оценке нарушений эмоциональной сферы у детей (В.В. Лебединский, 1980, 1985, 1990). Этот подход основывается на закономерностях развития эмоциональной регуляции здорового ребенка. Наиболее ранним уровнем регуляции считается уровень полевой реактивности, при котором возможны лишь пассивные формы психической адаптации. При нормальном развитии этот уровень никогда не проявляется самостоятельно, а выступает лишь в виде фонового, обеспечивающего аффективную преднастройку организма к активному взаимодействию с окружающим миром.

Второй уровень регуляции — уровень стереотипов имеет важное значение в развитии первых приспособительных реакций ребенка к своему окружению и формировании активной избирательной адаптации. Он начинает активно проявляться у ребенка первых трех месяцев жизни. При нарушениях психического и особенно эмоционального развития, как это имеет место при раннем детском аутизме, врожденной детской нервности — невропатии, когда ребенок более длительное время задерживается на этом уровне, у него наблюдаются характерные эмоционально-поведенческие расстройства в виде страхов при изменении привычной для него обстановки, изменений режима, расширении круга общения. Следует сразу же отметить, что эти как бы общие нарушения являются специфичными в зависимости от механизма нарушения.

Так, при невропатии все эти нарушения более разнообразны, дети, в отличие от аутичных младенцев, стремятся к контакту с окружающими, их страхи всегда адекватны и актуальны для данного момента (К.С. Лебединская, 1988)<sup>1</sup>.

Важно, что второй уровень регуляции обеспечивает не только общее равновесие, в первую очередь он направлен на усиление стенических активных реакций на основе выработки разнообразных способов аутостимуляции, направленных на поддержание положительных эмоций. Наблюдаемые у ребенка эмоциональные расстройства могут быть обусловлены дисфункцией этого уровня. При этом ребенок вырабатывает привычку сосредоточиваться на этих ощущениях и начинает меньше реагировать на внешние стимулы, что неуклонно приводит к отставанию в развитии<sup>2</sup>.

Дисфункция на этом уровне характерна для педагогически запущенных детей, особенно при так называемом *госпитализме*, когда у ребенка развивается склонность к раскачиванию, сосанию пальца и т. п. Наблюдается она и у детей с ранним детским аутизмом.

На третьем уровне эмоциональной регуляции основные аффективные переживания связаны, главным образом, с достижением желаемого. Этот уровень эмоциональной регуляции у здорового ребенка начинает функционировать в возрасте 3-6 месяцев.

В этот период у ребенка активно развивается его взаимодействие со взрослым и, прежде всего, с матерью, которая его аффективно «заражает» и «заряжает».

На четвертом уровне эмоциональной регуляции все более активными становятся коммуникативные формы регуляции (глазное общение, мимические и интонационно выразительные голосовые реакции, жесты, движения). В этот период развивается важнейшая доречевая активность — лепет, формируются интегративные и сенсорно-ситуационные связи. Отличительной особенностью поведения здорового ребенка на этом уровне эмоциональной регуляции является постоянное сосредоточение на каком-либо виде деятельности.

Готовность к совместной игровой деятельности ребенка проявляется в том, что он в ответ на заигрывание с ним оживляется, начинает произносить отдельные звуки, смеется. Новым компо-

<sup>1</sup> Лебединская К.С., Никольская О.С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма. В кн.: Диагностика и коррекция аномалий развития у детей. М.: Академия пед. наук, 1988. С. 152-163.

<sup>2</sup> Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. С. 197.

нением в общении со взрослым становится протягивание рук, движение, которое показывает, что ребенок хочет на руки, или малыш тянется к далекому предмету, показывая, что хочет, чтобы к нему приблизили этот предмет. Постепенно у ребенка все больше и больше развивается ориентация на эмоциональную оценку взрослого, в связи с чем мать получает благоприятную возможность для воспитания малыша, положительно подкрепляя позитивные формы его поведения и ограничивая негативные.

Дальнейшее развитие и совершенствование эмоциональных реакций способствует обогащению и разнообразию поведенческих проявлений при общении малыша со взрослым. Постепенно развивается и совершенствуется новый тип общения ребенка со взрослым — предметно-действенный.

При диагностике психического развития ребенка первых лет жизни особо важное значение имеет комплексная оценка его эмоциональных реакций с определением уровня эмоциональной регуляции. При этом необходимо оценить реакции ребенка на общение со взрослым или другими детьми.

При нормальном психическом развитии всегда имеет место согласованная работа всех уровней эмоциональной регуляции. При соматической ослабленности и особенно при нервно-психических заболеваниях и отклонениях в развитии эта согласованность в работе уровней эмоциональной регуляции нарушается, и у ребенка возникают различные эмоционально-поведенческие расстройства. Эти расстройства могут быть временными, связанными с возрастным кризом или соматической ослабленностью или могут проявляться достаточно стойко и при неправильном поведении родителей закрепляться по типу условно-рефлекторных связей. Первый возрастной криз приходится на возраст между двумя и тремя годами, когда у ребенка возникает дифференциация себя от других людей и дифференциация людей на своих и чужих. В этот период ребенок начинает узнавать себя в зеркале и говорить о себе в первом лице.

Рост самосознания и стремление к самостоятельности обуславливают частоту эмоционально-поведенческих расстройств на этом этапе. Стремясь к независимости, ребенок проявляет негативизм и упрямство в ответ на замечания и запреты взрослых.

Для предупреждения эмоциональных и поведенческих расстройств очень важно, чтобы взрослые относились к малышу бережно, с большим терпением и уважением. При этом ни в коем случае нельзя подавлять или запугивать ребенка, необходимо одновременно стимулировать и организовывать его активность, формировать произвольную регуляцию поведения.

Существуют особые формы эмоциональной патологии, при которых нарушен механизм эмоционально-поведенческой адаптации. Это прежде всего ранний детский аутизм (РДА).

На основе представленного уровневого подхода в отечественной психологии разработаны основные направления коррекции эмоциональных расстройств у детей и, прежде всего, у детей с аутизмом (К.С. Лебединская, О.С. Никольская, 1988, В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, 1990).

Психологическая коррекция направлена прежде всего на преодоление негативизма и установление контакта с аутичным ребенком, преодоление у него сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, беспокойства, страхов, а также отрицательных аффективных форм поведения: влечений, агрессии. При этом одной из главных задач психологической коррекции является преимущественная ориентация на сохранные резервы аффективной сферы с целью достижения общего расслабления, снятия патологического напряжения, уменьшения тревоги и страхов с одновременным увеличением произвольной активности ребенка. С этой целью используются различные приемы аутотренинга и оперантной регуляции поведения. Отечественные психологи подчеркивают, что при проведении этой работы необходимо ориентироваться на представленную структуру уровней эмоциональной регуляции (В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др.).

Важной задачей психокоррекционной работы является развитие у ребенка доступных ему способов аффективной адаптации к своему окружению с помощью использования комплексного подхода к организации его аффективной жизни и нормализации его взаимодействия, прежде всего, с близкими для него людьми. Вся коррекционная работа проводится поэтапно, при этом первостепенной задачей является установление эмоционального контакта с ребенком, развитие его эмоционального взаимодействия с внешним миром. При установлении контакта с ребенком особенно важно избегать всякого, даже минимального давления на него, а в ряде случаев и просто прямого обращения к нему. Контакт прежде всего устанавливается и поддерживается в рамках интереса и активности самого ребенка, этот контакт должен вызывать у него положительные эмоции, важно, чтобы ребенок почувствовал, что с партнером ему лучше и интереснее, чем одному. Специфика работы по установлению контакта зависит от состояния ребенка. Важно очень постепенно увеличивать продолжительность аффективных контактов. Разработаны методы дифференцированной психологической и педагогической работы с аутичными детьми (К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, Т.Н. Морозова, Р.К. Ульянова).

Дети с аутизмом отличаются крайне низкой произвольной психической активностью, что затрудняет проведение с ними педагогических коррекционных занятий. Поэтому необходимо применение ряда психолого-педагогических коррекционных приемов, направленных на стимуляцию произвольной психической активности ребенка (К.С. Лебединская, О.Н. Никольская и др.). Для усиления психической активности в ситуацию игровых занятий полезно вводить дополнительные яркие впечатления в виде музыки, ритмики, пения (К.С. Лебединская, О.Н. Никольская, Р.К. Ульянова и др.).

Особенно важное значение в воспитании аутичного ребенка имеет организация его целенаправленного поведения. Этой цели служит четкий распорядок дня, формирование стереотипного поведения в определенных ситуациях.

При проведении лечебно-коррекционной работы с детьми с нарушениями общения важное значение имеет развитие их общей и особенно тонкой моторики и подготовки руки к письму. В специальном исследовании было показано, что у детей с аутизмом имеют место своеобразные нарушения тонкой моторики рук (Р.К. Ульянова, 1992). Ребенок не может правильно взять в руки кисть, карандаш, раскатать в руках пластилин, но особые трудности он испытывает при овладении графическими навыками. Р.К. Ульяновой разработаны методы подготовки детей с аутизмом к усвоению графических навыков. Эта работа проводится в два года. На первом (подготовительном) этапе решают следующие основные задачи:

- установление и поддержание контакта с ребенком;
- организация целенаправленного поведения в предметно-практической и игровой деятельности;
- коррекция имеющихся двигательных нарушений;
- развитие плавности и ритмичности движений;
- воспитание навыков самообслуживания;
- развитие зрительно-моторной координации и подготовка руки к письму.

Система специального обучения графическим навыкам аутичного ребенка включает:

- словесную регуляцию его поведения;
- организацию ориентировочно-исследовательской деятельности;
- проведение специальных пропедевтических упражнений.

Подход к обучению аутичного ребенка основывается на принципе стимуляции и поддержки развития сохранных сторон психики и преобладающих интересов.

Лечебно-педагогическая работа с детьми с нарушениями общения имеет комплексный характер и включает медикаментозную, психологическую и педагогическую коррекцию. Важное значение имеет медикаментозное лечение, которое проводится строго дифференцированно, с учетом медицинского диагноза и преобладающих психомоторных нарушений. Основную группу детей с нарушениями общения составляют дети с ранним детским аутизмом (РДА). При лечении детей с РДА важно четко различать проявления аутизма как аномалии развития и как синдрома шизофренического процесса. При наличии выраженных психопатологических расстройств в виде аффективной возбудимости, агрессивности, двигательной расторможенности с проявлением импульсивно-стереотипного поведения применяют нейролептики с антипсихотическим действием: неупелтил в дозе 4-10 капель (1 мг = 10 каплям), малые дозы галоперидола (до 4 капель в сутки). При наличии психомоторного возбуждения назначают малые и терапевтические дозы меллерила (сенапакса) — 25-50 мг в сутки. Отмечается, что френолон выравнивает поведение, уменьшает страхи и навязчивое поведение. Для выравнивания поведения и установления лучшего контакта с окружающими назначают амитриптилин (триптизол). При сочетании общего возбуждения с нарушениями сна назначают барбитураты, антигистаминные препараты, седативную терапию (пипольфен, димедрол, препараты брома).

При сочетании различных психопатологических расстройств, что является наиболее частым, назначают комбинированное лечение.

При наличии нерезко выраженной тревожности, возбудимости, нарушений сна назначают препараты типа сибазона, грандаксина.

При аутизме на фоне органического поражения ЦНС указанные выше препараты сочетают с назначением лекарств, нормализующих внутричерепное давление (диакарб, триампур и др.).

В тех случаях, когда синдром раннего детского аутизма имеет место у детей с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, показано назначение также препаратов, улучшающих обменные процессы в ЦНС и мозговое кровообращение: витамины группы В, особенно витамин В6, пантогам, когитум, энцефабол, циннаризин, кавинтон.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. На каких закономерностях основан уровневый подход к оценке нарушений эмоциональной сферы у детей?
2. Для каких детей характерна дисфункция второго уровня эмоциональной регуляции?

3. На каком уровне эмоциональной регуляции у ребенка активно развивается взаимодействие с матерью?
4. На каком уровне эмоциональной регуляции все более активными становятся коммуникативные формы поведения и развивается важная доречевая активность?
5. Какие факторы могут нарушать согласованную работу всех уровней эмоциональной регуляции?
6. Какие основные направления коррекции эмоциональных расстройств разработаны на основании уровня подхода?
7. Какое значение имеет медикаментозная терапия в комплексной лечебно-педагогической работе с детьми с нарушениями общения?

### Рекомендуемая литература

- Баенская Е.Р.* О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста // Дефектология. 1999. № 1.
- Лебединская К.С., Никольская О.С.* Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма. В кн.: Диагностика и коррекция аномалий развития у детей. М., 1988.
- Лебединский В.В.* и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990.
- Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Неконтактный ребенок. Педагогика здоровья. М., 1989.
- Ульянова Р.К.* Развитие навыков самообслуживания у детей с ранним детским аутизмом // Дефектология. 1989. № 3.

## Глава 9. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ЭПИЛЕПСИИ

При проведении лечебно-педагогических мероприятий с детьми раннего возраста, страдающими вялотекущей шизофренией, необходимо учитывать их недостаточную потребность в контакте, избирательную общительность, слабость эмоциональных реакций в сочетании с эмоциональной чувствительностью и чрезмерной сенситивностью, а также частое присутствие аутизма. Кроме того, для этих детей характерны диффузные страхи сверхценного и бредового характера. Содержание страхов часто своеобразно и вычурно и нередко сочетается с бредовыми и бредоподобными переживаниями.

Эти дети нуждаются, прежде всего, в активных методах лечения, которые зависят от особенностей ведущего психопатологического синдрома, клинической формы течения, стадии заболевания, а также возраста ребенка.

Ведущее место в активном лечении этих детей занимает терапия психотропными средствами. Лечение дифференцируется в зависимости от клинического варианта шизофрении. При преобладании невротоподобных аффективных расстройств в виде страхов, общей тревожности, колебаний настроения используются препараты трифтазина, тералена, меллерила. При наличии агрессивных и садистских форм поведения в ряде случаев показано добавление неуплетила. Если течение заболевания сочетается с выраженными нарушениями речи, то в ряде случаев показано добавление к терапии трифтазина, витамина В6, липоцеребри-на, аминалона. При приступах возбуждения показан тизерцин, те-рален.

В лечебно-педагогической работе большое внимание уделяется музыкальной, игровой терапии, а также рисованию. Используются специальные игры — «психодрамы». Вариант «психодрамы» может быть использован и в процессе совместного рисования педагога и ребенка. В процессе совместного рисования страшного для ребенка образа происходит освобождение его от напряжения, тревоги и страха. Широко используется эффект «психодрамы» и в процессе совместной игры с ребенком.

Педагогическая работа с детьми, страдающими эпилепсией, дифференцируется, прежде всего, в зависимости от состояния интеллекта ребенка, характера и частоты припадков. Во всех случаях важно учитывать, что при эпилепсии имеет место сниженная память и крайне неравномерная умственная работоспособность, а также замедленность и инертность психических процессов. Поэтому все задания ребенок выполняет медленно, иногда излишне скрупулезно, с трудом переключается на новые виды деятельности. Характерна также большая медлительность, инертность и склонность к детализации. Ребенок обычно с трудом включается в задание и с еще большим трудом выходит из него. В процессе занятий с ребенком его не следует торопить и прерывать его деятельность различными замечаниями. Большое значение в педагогической работе имеет образность и наглядность материала. В процессе систематических педагогических занятий очень постепенно тренируют возможность переключаемости ребенка с одного занятия на другое.

Важной задачей лечебно-педагогической работы при эпилепсии является коррекция отношения ребенка к окружающим, преодоление эгоизма и эгоцентризма, обучение ребенка сотрудничеству с другими детьми.

Эти дети тоже, как и больные шизофренией, нуждаются в систематическом медикаментозном лечении.

## Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Как проводится лечение при детской шизофрении?
2. Какое значение в лечебно-педагогической работе имеют методы музыкальной, игровой и изотерапии?
3. Какие особенности психического развития ребенка с эпилепсией необходимо учитывать при лечебно-коррекционной работе?

## Рекомендуемая литература

Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.

## Глава 10. ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С СОМАТИЧЕСКИ ОСЛАБЛЕННЫМИ ДЕТЬМИ И ДЕТЬМИ С ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНОЙ ВОЗБУДИМОСТЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

Для детей с соматической ослабленностью, возникающей под влиянием хронических заболеваний, характерны астенические состояния с низкой умственной работоспособностью, общей вялостью, пониженным фоном настроения, сниженным аппетитом, нарушениями сна. Для этих детей первостепенное значение имеют общеукрепляющие мероприятия, лечебная физкультура, игротерапия.

Кроме общеоздоровительных мероприятий, для этих детей важное значение имеет психолого-педагогическая работа, направленная на предупреждение невротических реакций и патологических нарушений, таких как эгоцентризм, инфантилизация психики с постоянной зависимостью от окружающих, неуверенностью в своих силах.

В особом педагогическом подходе нуждаются дети с так называемой *врожденной детской нервностью* — *невропатией*, а также дети с нарушениями поведения.

*Ранняя детская нервность* — это особый тип развития нервной системы, в возникновении которого большая роль принадлежит наследственным факторам. Кроме того, причинами детской нервности могут быть различные неблагоприятные влияния на плод во время его внутриутробного развития и на новорожденного в период родов.

Ребенок с невропатией отличается повышенной нервной возбудимостью начиная с первых недель жизни: он мало спит, проявляет общее беспокойство, часто срыгивает. Характерным признаком является нарушение аппетита, дети с трудом пережевывают пищу, отказываются от твердой пищи. У многих из них наблюдается привычная рвота и чрезмерная избирательность в еде.

Для детей с невропатией характерна плохая приспособляемость к изменяющимся метеорологическим условиям. В периоды понижения барометрического давления, повышенной влажности воздуха, сильных ветров у них усиливается нервная возбудимость, нарушения сна, могут появляться головные боли.

Для детей с невропатией также характерна избирательность в еде. Многие из них предпочитают жидкую пищу и отказываются от твердой, у других имеет место боязнь новых блюд, в некоторых случаях отмечается стремление есть несъедобные вещи (уголь, известь, песок и т. д.). Часто нарушения аппетита сочетаются с повышенной жаждой.

Важным признаком детской нервности в грудном и ясельном возрасте является нарушение сна, иногда очень раннее пробуждение. Расстройства сна иногда переходят в бессонницу: ребенок не спит всю ночь, непрерывно кричит. Если вначале крик вызван каким-либо неприятным раздражителем, то позднее ребенок кричит уже без всякой причины (фиксированный крик). У некоторых детей как бы вырабатывается отрицательный условный рефлекс на ночной сон. Вначале бессонница возникает как реакция на неудобное положение в кроватке, шум или тишину, свет или темноту, чувство голода, боли в животе, перегрев или охлаждение тела и т. п. Один раз прерванный сон фиксируется в психике ребенка на длительное время.

На втором году жизни у детей с невропатией отмечаются устрашающие сновидения, ночные эпизоды в форме приступов испуга и снохождений. Ночной испуг возникает под влиянием ничтожных психогенных факторов, которые оказывают более сильное влияние, если они действуют перед засыпанием или в ночное время. Раз возникнув, ночные страхи по типу упрочившейся условной связи сохраняются обычно в течение длительного времени. Наряду со страхами для детей с невропатией характерна повышенная склонность к онанизму.

По особенностям психической деятельности выделяют два варианта детской нервности. При первом — у детей преобладают повышенная возбудимость и раздражительность. Дети двигатель-но беспокойны, склонны к колебаниям настроения, часто проявляют грубость, непослушание, внимание их крайне неустойчиво.



Повышенная раздражительность и суетливость мешают их контакту со сверстниками. В их аффективных вспышках, по существу, отсутствуют аффект и настоящая злоба, вспышки их кратковременны, после проявления грубости они раскаиваются, просят прощения. Они крайне истощаемы, двигательное беспокойство всегда усиливается при общем утомлении.

При втором варианте преобладают явления повышенной истощаемости. Дети пугливы, легко тормозятся в новой обстановке, малоактивны, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменениям окружающей обстановки. Они отличаются повышенной ранимостью и чувствительностью, поэтому стараются оберегать себя от столкновений с действительностью, в связи с чем часто находятся в стороне от детского коллектива. Дети не уверены в себе, очень тревожны. Боязнь оказаться несостоятельными часто бывает причиной плохого настроения. Достаточно незначительного повода, чтобы вызвать у них чувство страха. Течение этой формы невропатии обычно благоприятное. При проведении лечебно-педагогических мероприятий дети постепенно становятся увереннее, жизнерадостнее и работоспособнее.

Психические особенности детей с ранней детской нервностью характеризуются особой динамикой, что объясняется, в первую очередь, повышенной чувствительностью этих детей к различным раздражителям, главным образом отрицательного характера. Поэтому на фоне невропатии легко возникают различные дополнительные нарушения. У детей ясельного возраста наиболее часто возникают желудочно-кишечные расстройства, нервная анорексия (потеря аппетита), энурез, энкопрез, нарушение сна, страхи, двигательное беспокойство со склонностью к реакциям истероидного характера.

В период первого возрастного криза (к трем годам) у детей с невропатией могут отмечаться патологически усиленные проявления общего или частичного негативизма.

При наличии невропатии для ее компенсации и предупреждения возникновения неврозов первостепенное значение имеет правильное воспитание ребенка. Учитывая повышенную истощаемость нервной системы, важно избегать нервных перегрузок детей, проводить мероприятия по физическому и психическому закаливанию, тренировать вегетативно-сосудистые функции. Таким образом, лечение, в первую очередь, сводится к укреплению организма ребенка. В этом отношении большое значение имеют правильные режим и питание, физкультура (гимнастика, спортивные игры), различные водные процедуры (обтирания, души, ванны).

Прежде чем выбрать метод лечения, необходимо попытаться выяснить причины невропатии и устранить неблагоприятные психогенные факторы, действующие на ребенка. Так, при нарушениях аппетита родители должны принять меры, чтобы у ребенка не было отвращения к еде и вырабатывался положительный рефлекс на процесс кормления. Важно установить четкий режим кормления. Пища не должна быть слишком холодной или горячей. Категорически запрещается кормить ребенка насильно, особенно при недомогании, перекармливать его, кормить, чередуя угрозы и обещания, а также кормить во сне или отвлекая внимание ребенка от еды при помощи рассказывания сказок или демонстрации игрушек. Иногда этого трудно бывает добиться в домашней обстановке, и в этих случаях показано пребывание ребенка в детском коллективе.

При наличии у ребенка страха ни в коем случае нельзя смеяться над ним или путем грубого насилия стараться его преодолеть. Надо пытаться вводить пугающий объект в сферу его познавательных интересов, подкрепляя это каким-либо приятным для ребенка моментом. Не следует рассказывать на ночь сказки, разрешать просмотры телепередач. Перед сном все резкие раздражители должны быть устранены.

Категорически запрещается запугивать ребенка различными реальными и мифическими «пугалами». Ребенка надо последовательно и осторожно знакомить с окружающим миром, постепенно вводить в сферу деятельности ребенка новые для него объекты, давая им соответствующие объяснения.

Помимо воспитательных мероприятий, показано проведение специального лечения. Полезно назначать препараты брома, валирианы, при более выраженном беспокойстве и нарушениях сна — сибазон, элениум. При состояниях двигательного беспокойства назначают также сонапакс, препараты, нормализующие внутричерепное давление, успокаивающие ванны, электрофорез с кальцием, бромом, новокаином. При наличии повышенной возбудимости показаны теплые ванны (+36...+37°C), при общей вялости, заторможенности применяют тонизирующие ванны индифферентной температуры. В качестве закалывающей процедуры следует рекомендовать систематические обтирания по утрам водой комнатной температуры, душ с постепенным понижением температуры. Необходимо отметить, что многие дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью, а иногда и парадоксальной реакцией на различные виды медикаментозного лечения, поэтому лечение всегда проводят под наблюдением врача.

Кроме парадоксальной реакции на препараты, у многих детей с невропатией имеет место склонность к аллергическим реакциям.

Что такое аллергия?

*Аллергия* — это особое состояние организма с извращенной чувствительностью к воздействию различных факторов внешней среды. Существует наследственная предрасположенность к аллергии. Развитие аллергической реакции во многом зависит от индивидуальной чувствительности организма к конкретному веществу.

Один из видов аллергии, пищевая аллергия, у детей раннего возраста может стать причиной развития кожных заболеваний — экземы, нейродермита и заболеваний дыхательных путей — бронхиальной астмы.

Для всех детей с отклонениями в развитии и особенно для детей с невропатией важное значение имеет предупреждение аллергии.

Для этого родителям детей с отклонениями в развитии, особенно детей с невропатией, следует осторожно применять все виды лекарственного лечения, отдавая предпочтение максимальному использованию естественных средств оздоровления организма: закаливанию, массажу, лечебной и общей физкультуре, по показаниям — фитотерапии (лечению травами).

Одним из наиболее частых и тяжелых проявлений аллергии является бронхиальная астма. Чаще всего бронхиальная астма развивается на фоне хронических заболеваний бронхо-легочной системы, когда в организме длительное время существует очаг инфекции. Приступы бронхиальной астмы могут провоцироваться и психогенными факторами, что наиболее характерно для детей с невропатией.

У маленьких детей астматическую реакцию часто вызывает инфекция верхних дыхательных путей.

Наряду с медикаментозной терапией при лечении бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний большое значение имеет лечебная физкультура, климатическое лечение, особенно в горах, а также специальная дыхательная гимнастика.

Одним из главных условий предупреждения аллергии, особенно в семьях, где есть аллергические заболевания, является правильное физическое воспитание ребенка.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какая лечебно-педагогическая работа должна проводиться с соматически ослабленными детьми?
2. Что такое невропатия и каковы ее причины?
3. Какие особенности психической деятельности характерны для детей с различными вариантами детской нервности?



4. Какие дополнительные нарушения легко возникают на фоне детской нервности?
5. Какие лечебно-коррекционные мероприятия наиболее эффективны при детской нервности?
6. Какое лечение может проводиться при ранней детской нервности?
7. Какие реакции на медикаментозную терапию нередко возникают у детей с невропатией?

### Рекомендуемая литература

- Гарбузов В.И.* Нервные дети. Л., 1990.
- Мастюкова Е.М.* Нервный ребенок. Педагогика здоровья. М., 1979.
- Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Трудный ребенок. Педагогика здоровья. М., 1989.
- Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Неврозы у детей с церебральными параличами // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. № 5.
- Певзнер М.С., Ростагайлова Л.И., Мастюкова Е.М.* Психическое развитие детей с нарушениями умственной работоспособности (вариант гидроцефалии). М., 1982.

## Глава 11. ЛЕЧЕНИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В СЕМЬЕ

### 11.1. Общеоздоровительные мероприятия

Комплекс восстановительного лечения в общей системе лечебно-педагогических и коррекционных мероприятий включает организацию общего режима индивидуально для каждого ребенка, полноценное питание, а часто и специфическую диетотерапию, медикаментозное лечение, лечебную гимнастику, массаж, физиотерапию, в ряде случаев ортопедические мероприятия, стимуляцию двигательного, психического и речевого развития.

**Общеоздоровительные мероприятия** — это, прежде всего, соблюдение специально разработанного для конкретного ребенка режима дня. От организации правильного режима часто зависит успех всей лечебно-педагогической, коррекционной работы.

**Питание и диетотерапия** — важная часть комплекса восстановительного лечения. При организации питания учитывается не только возраст ребенка, но и характер заболевания. В одних случаях необходимо вводить в рацион питания дополнительные ингредиенты, улучшающие процессы обмена в нервной и мышечной системе. В других — крайне важно своевременное исключе-

ние из пищевого рациона различных продуктов питания. Это особенно важно при наследственных заболеваниях обмена веществ, таких, как фенилкетонурия, тирозинемия, гипергликемия, гистицинемия, гомоцистинурия и других. Для этих детей диетотерапия является основным методом лечения. В особой диете нуждаются дети с синдромом нарушенного кишечного всасывания углеводов. У них имеет место непереносимость лактозы, галактозы, сахарозы.

**Ортопедические мероприятия** широко применяются у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата с целью предупреждения порочных поз, контрактур и деформаций конечностей.

**Лечебная гимнастика и массаж** являются одним из важных видов лечения двигательных нарушений.

**Физиотерапевтические методы** улучшают функциональное состояние нервной системы и организма в целом, повышают эффективность комплексных лечебно-коррекционных мероприятий.

К физиотерапевтическим методам относится водотерапия, которая благоприятно влияет на состояние нервной системы, нормализуя процессы возбуждения и торможения, улучшая сон. Водотерапия является лечебным средством для детей с двигательными нарушениями, общей нервной возбудимостью. Водотерапия включает назначение различных ванн. Наиболее часто применяются хвойные ванны, которые показаны при различных заболеваниях нервной системы, повышенной нервной возбудимости, нарушениях сна.

Для приготовления хвойной ванны используют жидкий хвойный экстракт в количестве 25-50 г (количество зависит от возраста ребенка). Температура воды составляет +35,5...+36 °С. После ванны ребенка следует обмыть водой. Ванны обычно проводятся через день. На курс лечения назначается 8-10 ванн.

Для детей с церебральным параличом, соматически ослабленных, с проявлениями рахита полезно применять солено-хвойные ванны. Для приготовления такой ванны на ведро воды используют 100-200 г неочищенной морской соли. Соль помещают в полотняный мешочек и опускают в ванну до полного растворения, затем добавляют хвойный экстракт, температура воды +35...+36 °С. Продолжительность ванны 5-10 минут. Ванны делают через день, на курс — 8-10 ванн. Солено-хвойные ванны стимулируют нервную систему, улучшают обменные процессы, повышают общий тонус организма.

Ванны из настоя трав применяют для возбудимых, нервных детей, с нарушениями сна. Для их приготовления используют концентрированный настой из трав (корень валерианы, пустырник,

душица, зверобой, шалфей, ромашка, полынь и др.) в количестве 1-2 стакана на ванну. Температура ванны +36...+36,5 °С. Курс лечения — 8-10 ванн.

Для детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями используют такие виды физиотерапии, как озокеритолечение (лечение горным воском), горячие шерстяные укутывания, грязевые аппликации и другие физиотерапевтические средства.

Важное значение имеет медикаментозное лечение, которое широко применяется в раннем и дошкольном возрасте.

## **11.2. Медикаментозная терапия.**

### **Общая характеристика основных лекарственных препаратов**

Одной из задач медикаментозной терапии детей дошкольного и дошкольного возраста при подготовке их к обучению является стимуляция их развития и улучшение компенсаторных возможностей мозга. Кроме того, важное значение имеет лечение остаточных проявлений органического поражения ЦНС, которые наиболее часто возникают в виде повышения внутричерепного давления, параличей и парезов конечностей, судорожного синдрома, синдрома двигательной расторможенности и эмоциональной возбудимости, вегетативно-висцеральной дисфункции, нарушений зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата.

Часто имеет место сочетание нескольких этих расстройств.

При отставании психомоторного и речевого развития применяются препараты, стимулирующие обменные процессы в центральной нервной системе (гаммалон, ноотропил, церебролизин, аминалон, глютаминовая кислота, когитут и многие другие).

При повышении внутричерепного давления используют специальные препараты. При нерезко выраженном повышении внутричерепного давления назначают специальные микстуры, в состав которых входят: магния сульфат, цитраль, препараты брома, валериана. Маленьким детям нередко назначают глицерол с лимонным соком в соотношении 1:1. При назначении дегидратирующих средств, особенно при длительном применении, обязательно назначают препараты калия. Дегидратацию проводят прерывистыми недлительными курсами, чтобы не вызвать нарушений электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия.

Многие заболевания у детей раннего возраста сопровождаются аллергическими проявлениями. В этих случаях назначают специ-

альные средства, такие как димедрол, диазолин, супрастин, тавегил и др.

При повышенной проницаемости сосудистой стенки, например при склонности к носовым кровотечениям, назначают аскорбиновую кислоту, аскорутин, глюконат кальция. Все виды лечения назначаются и контролируются врачом.

Особенно тщательного и систематического лечения требуют дети с судорожными проявлениями. Противосудорожное лечение предусматривает строгий индивидуальный подход и проводится под тщательным контролем врача. Важным принципом лечения является правильный выбор препарата в зависимости от характера и частоты судорог.

Особую сложность представляет лечение детей с нарушениями общения — ранним детским аутизмом. Это лечение проводится также под тщательным наблюдением и контролем. Для каждого ребенка подбираются дифференцированные курсы лечения. Среди препаратов используются нейролептики, в частности небольшие дозы неуплетила, что обычно упорядочивает поведение ребенка. При наличии психомоторной и эмоциональной нестабильности назначают меллерил, а также малыми дозами, под тщательным контролем врача — галоперидол, транквилизаторы. Детям, у которых аутизм сочетается с выраженным отставанием в развитии, прописывают глютаминовую и фолиевую кислоту, липоцеребрин, когитум, пантогам, пиридитол и другие препараты. Широко используется витаминотерапия, особенно витамин В6 — пирадоксальфосфат.

Лечение каждого ребенка проводится сугубо дифференцирование, обязательно под наблюдением врача! Следует помнить, что у детей с отклонениями в развитии может наблюдаться индивидуальная непереносимость отдельных лекарств, парадоксальная реакция на некоторые из них, например, седативные (успокаивающие) препараты могут вызывать возбуждение, снотворные — бессонницу и т. п.

Предупреждая родителей избегать самостоятельного лечения ребенка, мы считаем полезным, чтобы они ориентировались в общей направленности действия того или иного лекарства, внимательно наблюдали за ребенком и соотносили педагогические мероприятия с проводимым лечением.

Первая группа препаратов, которая наиболее часто применяется у детей раннего, дошкольного и дошкольного возраста, — это препараты, стимулирующие обменные процессы в нервной системе и, тем самым, стимулирующие процесс развития психомоторных функций. Эти препараты не только стимулируют

белковый и углеводный обмен в ЦНС, но и способствуют удалению из организма токсических продуктов распада, повышают энергетические процессы и кровоснабжение в тканях мозга, способствуют дифференциации и активации нервных клеток и миелинизации проводящих путей. В целом, они улучшают функциональные возможности мозга и в раннем возрасте стимулируют его созревание.

Многие из этих препаратов противопоказаны при наличии судорог, повышенной возбудимости, двигательной расторможенности. В ряде случаев их необходимо сочетать с противосудорожным и успокаивающим (седативным) лечением.

*Основные препараты первой группы*

**Глютаминовая кислота** активизирует углеводный обмен и окислительно-восстановительные процессы в ЦНС. Обезвреживает некоторые токсические продукты обмена. Улучшает проведение нервных импульсов в ЦНС и оказывает благоприятное воздействие на обменные процессы в мышечной ткани. Применяют при отставании психомоторного развития, при ДЦП, при умственной отсталости, в частности при синдроме Дауна. В ряде случаев применяют в комплексном лечении судорожного синдрома, преимущественно с целью дезинтоксикационного действия.

**Пирацетам** (ноотропил) оказывает положительное влияние на обменные процессы мозга, способствует синтезу нуклеиновых кислот, фосфолипидов, белков, улучшает мозговое кровообращение, способствует развитию ассоциативных связей и интегративной функции мозга. Положительным свойством препарата является то, что он не повышает судорожную активность мозга. Препарат хорошо переносится и широко применяется при отставании психомоторного развития, речевых нарушениях, ДЦП, для стимуляции слуховой и зрительной функции.

**Аминалон** (гаммалон) усиливает энергетические процессы и обмен в ЦНС, повышает дыхательную активность тканей головного мозга, способствует усвоению мозгом глюкозы, улучшает кровоснабжение мозга и способствует удалению из него токсических продуктов обмена, повышает продуктивность мышления, улучшает память, оказывает благоприятное воздействие при нарушениях моторики и речи. Малотоксичен. Широко применяется при отставании психического и речевого развития, при ДЦП.

**Церебролизин** активизирует обмен веществ в клетках головного мозга, улучшает речь, моторику, память, внимание. Оказывает благоприятное влияние на вегетативную нервную систему, нормализует сон, аппетит, повышает умственную работоспособность, уравнивает процессы возбуждения и торможения. Ши-



роко применяется при раннем органическом поражении ЦНС, при детских церебральных параличах, отставании речевого и умственного развития.

**Пиридитол** (энцефабол) активизирует обменные процессы в ЦНС, повышает двигательную и психическую активность, стимулирует развитие речи, повышает умственную работоспособность. Не рекомендуется назначать при повышенной нервной возбудимости и судорожном синдроме.

**Пантогам** оказывает одновременно стимулирующее и успокаивающее действие, обладает также противосудорожной активностью. Стимулирует психомоторное и речевое развитие, улучшает физическую и умственную работоспособность, применяется при умственной недостаточности, задержках речевого развития, заикании, низкой умственной работоспособности, при судорожном синдроме, насильственных движениях (гиперкинезах), при лечении энуреза.

**Пиридоксин** (витамин В6 и пиридоксаль-фосфат) участвует в обмене жиров, играет важную роль в обеспечении нервной ткани необходимым количеством серотонина, в синтезе аминокислот. Широко применяется у детей с различными поражениями ЦНС, особенно при ДЦП, при нарушениях умственного развития. Отмечалось благоприятное действие больших доз витамина В6 при болезни Дауна, при особой форме умственной отсталости, связанной с ломкой X-хромосомой, а также при сочетании различных отклонений в психомоторном развитии с судорожным синдромом.

**Цианокобаламин** (витамин В12) активизирует различные виды обмена в ЦНС, стимулирует процессы миелинизации в нервной системе, стимулирует моторное и психическое развитие. Особенно часто применяется у детей с ДЦП.

**Кальция пангамат** (витамин В15) активизирует жировой обмен, ускоряет процессы миелинизации в нервной системе. Применяется у детей, родившихся в состоянии асфиксии, соматически ослабленных, при гипотрофии, при длительном лечении антибиотиками, кортикостероидами, сульфаниламидными препаратами, а также при кожных аллергических заболеваниях (зудящих дерматозах).

**Фолиевая кислота** участвует в синтезе аминокислот, нуклеиновых кислот, пуриновых и пиримидиновых оснований. Применяется при соматической ослабленности, анемии. Делались попытки лечения фолиевой кислотой особой формы умственной отсталости, связанной с ломкой X-хромосомой. В качестве побочного действия отмечаются аллергические реакции и крапивница.

**Липоцеребрин** применяется как укрепляющее и тонизирующее нервную систему средство у соматически ослабленных детей, при нарушениях аппетита, у детей с отставанием в физическом и психическом развитии.

Вторая группа препаратов — это дегидратирующие средства. У детей с отклонениями в развитии и ранними органическими поражениями ЦНС часто регистрируются повышения внутричерепного давления.

*Основные препараты второй группы*

**Магния сульфат** применяется как успокаивающее, снижающее внутричерепное давление и противосудорожное средство. Препарат включается в комплекс противосудорожного лечения. Применяется в виде внутримышечных инъекций и перорально как составная часть успокаивающих и дегидратирующих (снижающих внутричерепное давление) микстур.

**Диакارب** нормализует внутричерепное давление при его повышении, снижая секрецию спинно-мозговой жидкости. Применяется перорально.

При применении магния сульфата и диакарба назначают препараты калия, так как применение этих препаратов способствует усиленному выделению калия из организма.

**Триампур** нормализует внутричерепное давление, оказывает диуретический эффект, не влияя на обмен микроэлементов. Поэтому применение препаратов калия при лечении триампуром не требуется.

**Фуросемид** (лазикс) — быстродействующий диуретик. Применяется, главным образом, при лечении острых состояний (частые судорожные состояния, угроза отека мозга). Назначается всегда с препаратами калия. Применяется как перорально, так и внутримышечно и внутривенно.

Третья группа препаратов — противосудорожные.

*Основные препараты третьей группы*

**Фенобарбитал** (люминал) является базисным противосудорожным препаратом, эффективен почти при всех видах судорог. Назначается перорально, иногда используется как седативное и снотворное средство.

**Дифенин** оказывает противосудорожное действие без выраженного снотворного эффекта. Применяется при эпилепсии, в основном при больших судорожных припадках. Стимулирует эмоциональные и психические реакции, поэтому его не рекомендуется назначать возбудимым и расторможенным детям. Вместе с тем полезным считается сочетание дифенина с люминалом.

**Хлоракон** применяют при различных судорожных припадках (большие судорожные, малые пропульсивные, абсансы, психомоторные припадки). Часто назначается в сочетании с другими противосудорожными средствами.

**Бензонал** близок по действию к люминалу, но, в отличие от него, не дает выраженного снотворного эффекта. Кроме противосудорожного, оказывает слабое стимулирующее действие, улучшает умственную работоспособность и концентрацию внимания.

**Гексамидин** эффективен, прежде всего, при больших судорожных приступах. Является сильным противосудорожным средством. Снотворным эффектом не обладает, но часто провоцирует побочные явления в виде головной боли, нарушений равновесия (атаксии), тошноты, изменений формулы крови.

**Карбамазепин** (финлепсин, тегретол) — противосудорожный препарат широкого действия, оказывает также психотропный эффект в виде повышения настроения и работоспособности. Среди побочных явлений наиболее частые — потеря аппетита, сухость во рту, тошнота, сонливость, нарушения координации движений.

В качестве противосудорожных средств используются также диазепам, нитрацепам (радедорм) и многие другие препараты.

Одним из распространенных подходов к коррекции поведения у детей в зарубежной психологии остается бихевиористский подход, способствующий развитию взаимодействия родителей и детей. При этом подходе ориентация делается на наблюдаемые поведенческие реакции и применение специальных методик, направленных на модификацию поведения. При этом подчеркивается важность привлечения родителей к процессу модификации поведения ребенка. Родителей специально обучают этой методике. Координатор программы (обычно психолог) прежде всего определяет, контролирует ли ребенок то или иное свое поведение путем разграничения поведенческих реакций на респондентные и оперантные. Многие специалисты полагают, что родители могут эффективно контролировать поведение своих детей путем применения программ позитивного подкрепления. В зарубежной психологии разработаны специальные программы, которые помогают в домашней обстановке использовать метод подкрепления в целях поддержания желаемого способа поведения ребенка. Разработаны также программы так называемых символических подкреплений. Родителей специально обучают методам поощрения желаемых форм поведения с помощью как конкретных положительных стимулов, так и символических знаковых заменителей.

Методы, используемые родителями при руководстве поведением ребенка, должны учитывать сильные и слабые стороны детей.

### 11.3. Психотерапия в коррекционной работе с детьми с отклонениями в развитии

Психотерапия — это комплексное лечебно-психолого-педагогическое воздействие на психику с целью устранения болезненных проявлений и их предупреждений, развития адекватного отношения к себе, своему дефекту и окружающей среде. Психотерапия у детей с отклонениями в развитии тесно связана с лечебно-педагогическими коррекционными мероприятиями, со всем процессом лечения, обучения и воспитания. Для проведения психотерапии специалист должен быть хорошо ориентирован в специфике заболевания ребенка.

Психические особенности детей дошкольного возраста (повышенная внушаемость, эмоциональная чувствительность, привязанность к врачу, воспитателю, педагогу) раскрывают широкие возможности для эффективного использования психотерапии.

Современная концепция реабилитации детей с отклонениями в развитии предусматривает интегративный подход к ребенку, комплексную оценку структуры дефекта и установление не только традиционного медицинского диагноза, но и так называемого функционального диагноза, включающего оценку как нарушенных, так и сохранных компонентов психики, взаимосвязь интеллектуально-познавательных нарушений, эмоционально-личностных особенностей и коммуникативного поведения. При этом особенно важно выявить у каждого ребенка специфику его взаимодействия с матерью и другими членами семьи, а также его избирательные интересы и способности.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у многих детей с отклонениями в развитии рано возникают вторичные эмоциональные расстройства реактивного характера в виде чувства неуверенности, страха речевого общения, пониженный фон настроения, чрезмерная обидчивость, тревожность. Все эти эмоциональные расстройства ослабляют еще больше нервную систему ребенка и создают благоприятные условия для развития различных невротических состояний: заикания, энуреза, страха, насильственных движений (тиков) и т. п.

Важное значение при работе с дошкольниками имеет игровая психотерапия. В играх подбираются специальные ситуации, которые хорошо понятны ребенку и актуальны для него. В процессе игры ребенок обучается адекватному взаимоотношению с окружающими.

Опыт игровой психотерапии в лечении детей с шизофренией, аутизмом разработан А.С. Спиваковской, В.В. Лебединским, О.С. Олихейко и др.

На первом этапе психотерапевтической работы педагог наблюдает за ребенком в различных игровых ситуациях. На втором этапе ребенок активно вовлекается в целенаправленную игровую деятельность. Важен дифференцированный подбор сюжетов для игр, способствующих адаптации ребенка к своему окружению. Содержание игры должно всегда соответствовать уровню умственного развития ребенка.

Игротерапия включает специальные игры с музыкальным сопровождением, игры с перевоплощением, а также особые приемы психотерапевтической работы при прослушивании сказок, рисовании и т. п.

#### **11.4. Психотерапевтическая работа с семьей**

Рождение ослабленного, больного ребенка, как правило, изменяет уклад и психологический климат в семье. Все члены семьи, особенно мать, находятся в состоянии эмоционального стресса.

Состояние длительного стресса приводит к повышенной раздражительности, нарушению взаимоотношений между супругами, что крайне неблагоприятно отражается на психическом здоровье малыша. В такой ситуации чаще всего формируются неправильные варианты воспитания ребенка, что утяжеляет его состояние и способствует формированию вторичных невротических расстройств.

Длительный эмоциональный стресс, который испытывают родители больного ребенка, формирует определенные особенности их личности, такие как повышенная чувствительность и тревожность, неуверенность в себе, внутренняя противоречивость. Такое эмоциональное состояние в сочетании с беспокойством, неуверенностью в себе неблагоприятно отражается на эмоционально-личностном развитии ребенка. Поэтому врачу, психологу и педагогу надо лечить и учить не только ребенка, но и всех членов семьи и прежде всего родителей. Прежде всего у членов семьи, особенно у матери, необходимо создать положительное отношение к семейной психотерапии. Основную психотерапевтическую работу проводит психотерапевт, однако не во всех случаях семья больного ребенка готова к этим занятиям, поэтому на начальных этапах, которые являются часто наиболее трудными для семьи, психотерапевтом становится лечащий врач, логопед, педагог-дефектолог, т. е. специалисты, реально помогающие больному ребенку. Их конкретная помощь ребенку вызывает у родителей наибольшее доверие и желание следовать их советам. Поэтому эти

специалисты должны быть обязательно ориентированы в проведении психотерапевтической работы.

При проведении этой работы специалисты обязательно учитывают характерологические особенности членов семьи, выраженность и особенности стрессового состояния у каждого из них. Задачей психотерапевтической работы является прежде всего нормализация взаимоотношений внутри семьи, выработка единого и адекватного понимания проблем ребенка. На начальных этапах работы следует избегать бесед, касающихся отдаленного прогноза ребенка в плане обучения, социальной адаптации, особенно при тяжелых нервно-психических заболеваниях. Прежде всего следует научить мать внимательно наблюдать за развитием своего ребенка, вести дневник наблюдений, а также овладеть некоторыми приемами по уходу, воспитанию и обучению ребенка. Всю психотерапевтическую работу с матерью необходимо проводить одновременно с обучением ее конкретным приемам коррекционной работы. На начальных этапах работы преобладает индивидуальная психотерапия членов семьи с одновременным обучением каждого из них отдельным приемам коррекционной работы, например: бабушку обучают, как правильно кормить ребенка, как учить его самостоятельному приему пищи, мать — как развивать ребенка во время прогулки, как проводить с ним те или иные коррекционные занятия, отца — как заниматься с ребенком физическим воспитанием и т. п. Каждый член семьи должен иметь определенные задания от специалистов, консультирующих ребенка.

Психотерапевтическая работа с семьей может быть эффективной только в том случае, если каждый проводящий ее специалист имеет достаточный авторитет в глазах членов семьи.

Нередко в семье возникают противоречивые суждения об обучении и воспитании ребенка. Специалист, выполняющий роль психотерапевта, должен уметь проводить семейные дискуссии и управлять ими. Психотерапевт должен владеть семейной ситуацией, он должен уметь слушать и вести психотерапевтическую работу «с помощью вопросов», «резюмирования» и других приемов.

Каждый специалист, работающий с ребенком с отклонениями в развитии, обязательно должен проводить психотерапевтическую работу с родителями. Педагогу необходимо проанализировать особенности семейного воспитания ребенка, обратив внимание на такие параметры, как эмоциональное принятие больного ребенка родителями, заинтересованность в ребенке, забота о нем, требовательность к нему, демократизм или авторитарность в семейных отношениях. На основе этих данных и личного наблюдения определить преобладающий тип семейного воспитания по следующим



параметрам: отвержение, безразличие, гиперопека, требовательность, устойчивость, любовь.

В семьях детей с отклонениями в развитии может преобладать один из неправильных вариантов воспитания, а именно — воспитание в культе болезни. В этих случаях болезнь ребенка становится смысловым центром жизни всей семьи. Этот тип воспитания неблагоприятно отражается на личностном развитии ребенка и психологическом климате всей семьи.

Воспитание в культе болезни может сочетаться с эмоциональным отвержением других детей или даже отца ребенка. В этих случаях необходима специальная психокоррекционная работа с семьей.

При работе с семьей педагог должен хорошо себе представлять основные особенности родительской позиции по отношению к ребенку. А.С. Спиваковская выделяет три критерия оценки родительских позиций<sup>1</sup>: *адекватность, динамичность и прогностичность*. При адекватной оценке родители правильно ориентированы в индивидуально-психологических особенностях ребенка. При динамической — характерна изменчивость родительской позиции и в соответствии с этим изменчивость форм и способов общения с ребенком. При прогностической оценке позиции родителей отражают их способность к предвидению перспектив дальнейшего развития ребенка и к перестройке взаимодействия с ним на основе этого.

Психотерапевтическая работа с семьей направлена также на повышение уровня родительской компетенции и активизацию роли родителей в воспитании и обучении ребенка. Важным направлением является специальная психотерапевтическая работа, направленная на разрешение их собственных личностных проблем. Наиболее продуктивной, по нашим наблюдениям, является работа, проводимая в форме «курирования», т.е. проведения коррекционной работы с ребенком.

Активное привлечение родителей к работе со своим ребенком считается основным методом психотерапии. В настоящее время убедительно показано, что родители при соответствующем руководстве могут эффективно помогать своим детям и, тем самым, преодолевать свои стрессовые состояния.

Важное значение в психотерапевтической работе с родителями имеет разработка специальных программ педагогического образо-

<sup>1</sup> Основы возрастного-психологического консультирования. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. С. 65-66. Авторский коллектив.

<sup>2</sup> Спиваковская А.С. Трудно быть родителем. М., 1986.

вания родителей. Наиболее распространенной программой педагогического образования родителей является разработанный Томом Гордоном «Тренинг эффективности родителей» (ТЭР)<sup>1</sup>. В основу этой программы положены теоретические положения психотерапии, разработанные Карлом Роджерсом, основанные на позитивном и безоценочном принятии своего пациента. Этот принцип лежит в основе подхода Гордона к организации процесса общения родителей со своими детьми<sup>2</sup>.

В настоящее время предлагаются различные психотерапевтические программы по работе с родителями, в которых большое место отводится групповой психотерапии<sup>3</sup>.

### 11.5. Арттерапевтическая работа с проблемными детьми<sup>4</sup>

В настоящее время в практике специального образования стали использоваться термины «артпедагогика» и «арттерапия». Артпедагогика (художественная педагогика) с помощью искусства и художественно-творческой деятельности (музыкальной, изобразительной, художественно-речевой, театрализованно-игровой и их сочетаний) обеспечивает коррекционно-направленный процесс художественного развития детей с особыми потребностями (Е.А.Медведева, 2001).

Понятие «артпедагогика» является более широким по отношению к термину «художественное воспитание», которое не включает все компоненты коррекционно-развивающего процесса. Основной целью артпедагогики является художественное развитие детей с проблемами и социальная адаптация средствами искусства.

Первые попытки использовать в работе с детьми и подростками изобразительные средства в качестве психотерапевтического и психокоррекционного инструмента, а также для стимуляции психического развития имели место в первой половине XIX века (А.И. Копытин, 2001). Подобная практика существовала и была научно обоснована в первой половине XX века в работах зарубеж-

<sup>1</sup> В нашей стране, по имеющимся у автора данным, этот метод не нашел применения.

<sup>2</sup> Помощь родителям в воспитании детей // Пер. с англ. М., 1992.

Там же.

<sup>4</sup> Написано Вальдес М.С. — социальным работником детского клуба реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов и детей, лишенных попечения родителей, «Диапазон» РООИ Пилигрим.

ных исследователей, обеспечивших арттерапии статус научного направления.

«Педагогическое» направление в арттерапии всегда было значимо и развивалось параллельно с «медицинским». Арттерапия включает изотерапию (лечебное воздействие посредством рисования, лепки, декоративно-прикладного искусства и др.); библиоте-рапию (лечебное воздействие чтением); имаготерапию (лечебное воздействие через образ, театрализацию); музыкотерапию; вокалотерапию; кинезитерапию (танцтерапию, коррекционную ритмику — лечебное воздействие движениями) и т. д.

Специалисты-медики, работающие в этой области, не считают такие формы терапии «лечением» в прямом смысле этого слова и предпочитают пользоваться терминами «развитие творческого начала», «эмоциональное воспитание» и т. д.

Тем не менее признается, что при всех различиях в подходах между медицинским и педагогическим направлениями существует тесная связь (А.И.Копытин, 2001). Художественное самовыражение детей направлено на укрепление психического здоровья детей и тем самым является существенным вкладом в психогигиену, психопрофилактику, психокоррекцию и психотерапию, способствует устранению эмоциональных расстройств и нарушений поведения.

В то же время врачи-арттерапевты, работающие с детьми раннего и дошкольного возраста, должны быть педагогами, чтобы справиться со своей задачей.

Занятия, приобщающие к искусству, лучше начинать, когда ребенок находится в утробе матери. Такие программы уже разработаны и очень полезны как для матери, так и для ребенка. С помощью пения мама учится правильно дышать, что пригодится ей при родах, готовится к радостной встрече с ребенком. Ребенок привыкает к голосу матери и приобщается к искусству. Эти занятия продолжаются в младенчестве, в раннем и дошкольном возрасте. Программа рассчитана на творческий подход со стороны мам, которые сами сочиняют мелодии и слова детских песенок, придумывают специальные наряды для своих детей в зависимости от темы занятия. Во время занятий по сенсорному воспитанию дети учатся различать цвета и узнают их названия, расппевают про них песенки, танцуют в костюмчиках, к которым прикреплены яркие бумажные цветы либо нотки, о которых поется в песенках. Для всех желающих такие занятия проводятся по Радио России автором программы М.Л. Лазаревым, врачом и музыкантом-педагогом одновременно. Дети, которые занимаются у него в группах, достигают необычно высоких результатов для своего возраста в музыке, танцах, восприятии цвета, легко обучаются чтению и

письму, устной речи. Такие занятия полезны здоровым детям, но еще больше — детям группы риска и детям с проблемами в развитии. Понятно, что программы и темпы развития у разных категорий детей будут различными.

Для проблемных детей младенческого возраста занятия по художественному развитию рекомендуется проводить по 5-7 минут 3 раза в неделю (Е.А. Медведева, 2001). Мать побуждает ребенка находить источник звучания: поющего взрослого, звучащую игрушку; стимулирует появление двигательной реакции, улыбки, комплекса оживления на звучащую музыку, пение.

Во второй половине года такие занятия с подгруппой детей может проводить специалист. Это может быть прослушивание коротеньких музыкальных произведений в манеже в течение 1,5-2 минут с перерывами; пение взрослого и гуление ребенка, музыкально-ритмические движения под пение взрослого по 5-7 минут. Такие занятия могут быть и индивидуальными с мамой.

В раннем возрасте проводятся занятия по музыкальному развитию, изобразительной деятельности, детей знакомят с художественной литературой. Большое значение придается полисенсорным воздействиям, т. е. одновременным воздействиям цвета, формы, фактуры, звучания, движения. Для этого используются яркие звучащие игрушки с различной фактурой. Занятия должны проводиться в игровой форме с очевидным для ребенка эмоциональным отношением взрослого к происходящему. Занятия не должны быть продолжительными: не более 7-10 минут на втором году и 10-15 на третьем году жизни. Обязательным условием успешности, эффективности таких занятий является их высокая привлекательность для малыша, подкрепляемая ситуацией успеха.

Если ребенок дошкольного возраста посещает специальное дошкольное учреждение, то специалисты данного учреждения занимаются с ним по разным видам искусства в соответствии с программой. При этом предусмотрена художественная деятельность дошкольников вне занятий: музыкально-дидактические игры, музыкально-театрализованная деятельность, чтение сказок, разучивание стихов, рисование, лепка, игры со словом и движением, музыка, изготовление поделок.

Если малыш не посещает специальное учреждение, то специалисты помогут маме организовать такие занятия дома индивидуально либо в надомной группе. Дети могут посещать негосударственные учреждения: восстановительные и реабилитационные центры.

Арттерапия рассматривается как эффективный метод повышения адаптации за счет включения имеющихся резервных возмож-

ностей организма, изменения самооценки и своих взаимоотношений с миром.

В специальной педагогике арттерапия и артпедагогика имеют единую цель: гармоничное развитие ребенка с особыми потребностями и сбалансированное функционирование его семьи; более полное включение ребенка и его семьи в социальный контекст.

В специальном образовании арттерапия представляет собой совокупность психокоррекционных методик, принадлежащих к разным видам искусства и имеющих разную направленность и технологию лечебно-коррекционного воздействия (Е.А. Медведева, 2001).

Существуют различные классификации арттерапии, в основе которых лежат разные принципы: принадлежность методов и техник к определенным видам искусства; принадлежность к определенной отрасли искусства; различные формы организации арттерапевтического процесса (групповая, индивидуальная, семейная); структурированность арттерапевтических групп и др. Однако в основе всех видов арттерапии лежит фактор художественной экспрессии, связанный с выражением чувств и потребностей, обуславливающий процесс изменений в поведении, фактор психотерапевтических отношений, заключающийся в создании атмосферы безопасности, необходимой для выражения своего внутреннего мира, и фактор обратной связи, способствующий осознанию содержания своего внутреннего мира.

Арттерапевтические методики в психокоррекции способствуют гармонизации личности детей с особыми потребностями через развитие способностей самовыражения и самопознания посредством приобщения к искусству.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие мероприятия входят в комплекс восстановительного лечения?
2. Какие общеоздоровительные мероприятия являются наиболее важными для ребенка с отклонениями в развитии?
3. Какие лекарственные препараты используются для медикаментозной терапии для стимуляции развития и улучшения компенсаторных возможностей мозга?
4. В каких программах взаимодействия детей и родителей реализуется бихевиористский подход?
5. Какие формы психотерапевтической работы с семьей ребенка с отклонениями в развитии являются наиболее эффективными?

6. Какое значение имеет арттерапевтическая работа с проблемными детьми?
7. Какие виды арттерапевтической работы используются в специальных дошкольных учреждениях?

### Рекомендуемая литература

*Белопольская Н.Л.* Некоторые вопросы психолого-педагогического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в интеллектуальном развитии // Дефектология. 1984. № 5.

*Кариев Меря Б., Ли Ричард К.* Привлечение родителей к обучению аномальных детей. (Помощь родителям в воспитании детей) / Общ. ред.

8.Я. Пилиповского. М., 1992.

*Майрамян Р.Ф.* Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологический и психологический аспекты проблемы). Автореф. дис. М., 1976.

*Маллер А.Р.* Педагог и семья ребенка инвалида // Дефектология. 1995. № 5.

*Мамайчук И.И.* Психолого-педагогическая помощь семье. Л., 1984.

*Мамайчук И.И.* Психологический анализ системы отношений в семьях дошкольников и пути их коррекции. Вместе с семьей. СПб., 1996.

*Мамайчук И.И., Мартынов В.Л., Пятакова Г.В.* Социально-психологическое исследование семьи больных ДЦП и психокоррекционная работа с родителями. СПб., 1994.

*Маркова И.В., Михайлов И.Б., Нежещев М.В.* Фармакология. СПб., 2001.

Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. М., 1989.

*Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Они ждут нашей помощи. М., 1991.

*Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Воспитание в семье ребенка с нарушением внимания и гиперактивным поведением // Лучшие страницы педагогической прессы. 2002. № 5.

*Медведева Е.А.* и др. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. М., 2001.

Практикум по арттерапии / Под ред. А.И. Копытина. СПб., 2001.

*Ткачева В.В.* Гармонизация внутрисемейных отношений. М., 2000.

*Фурутан А.А.* Отцы, матери, дети: практические советы родителям. М., 1992.

*Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.* Психология и психотерапия семьи. М., 2000.

## Заключение

Дети с отклонениями в развитии — это очень неоднородная группа малышей и дошкольников, которых объединяет то, что все они нуждаются в ранней и систематической лечебно-педагогической работе для подготовки их к обучению.

Решая общие педагогические и воспитательные задачи, педагог строго дифференцирует подход к каждому ребенку с учетом его нарушенных и сохранных функций, возраста и индивидуально-характерологических особенностей.

Общие принципы лечебной педагогики совпадают с принципами общей педагогики. Вместе с тем лечебная педагогика отличается от общей своей лечебно-коррекционной направленностью, а также тесной связью с медициной. Педагог, работающий с ребенком, должен хорошо ориентироваться в специфике нарушенного психомоторного развития, хорошо представлять себе сильные и слабые стороны ребенка, понимать структуру его основного нарушения, препятствующего психомоторному развитию. Очень важно, чтобы педагог во всех, даже самых тяжелых случаях мог выявить у ребенка сохранные функции или предпосылки к их формированию.

Основными принципами лечебной педагогики являются индивидуальный подход и единство педагогического и лечебного процессов.

При проведении лечебно-педагогических мероприятий необходимо соблюдать принцип «соответствия», т. е. все интеллектуальные и физические нагрузки должны соответствовать психомоторным возможностям и общему состоянию здоровья ребенка. Увеличение и усложнение заданий проводится постепенно, так,

чтобы во всех случаях для ребенка сохранялась «ситуация успеха», чтобы занятие приносило ему радость и укрепляло в нем уверенность в своих силах.

При воспитании и подготовке к обучению ребенка с отклонениями в развитии, наряду с укреплением его здоровья, важное зна-

чение имеют специальные психолого-педагогические приемы ранней коррекционной работы, которые направлены на преодоление и коррекцию имеющихся отклонений в становлении различных нервно-психических функций и стимуляцию возрастного психомоторного развития. Соблюдая общие принципы методологического подхода к воспитанию и обучению, следует особое внимание уделить следующим аспектам лечебно-педагогической работы:

- создание условий для обеспечения мотивационной стороны деятельности ребенка с максимальным использованием разнообразных игровых приемов;

- развитие эмоционально-положительного общения с ребенком, формирование наиболее адекватного взаимодействия мать — ребенок;

- создание психологических предпосылок для развития речи и коммуникативного поведения;

- развитие различных форм познавательной деятельности;

- в коррекционной работе максимальное использование особых приемов и методик с опорой на различные виды деятельности: предметно-практическую, игровую, элементарную трудовую, все виды продуктивной деятельности;

- широкое использование в коррекционной работе различных игр: дидактических, сюжетно-ролевых, подвижных (музыкально-ритмических и игр-инсценировок);

- дифференцирование структуры и продолжительности занятий в зависимости от состояния ребенка.

Важнейшим условием успешности лечебно-педагогической работы является учет структуры ведущего нарушения, вторично связанных с ним отклонений в развитии, а также сохранных функций, компенсаторных возможностей ребенка и его эмоционально-личностных особенностей.

При воспитании и подготовке к обучению детей с отклонениями в развитии необходимо опираться на общие теоретические основы специальной дидактики, т. е. на педагогическую концепцию обучения лиц с особыми проблемами развития. Специальная дидактика определяет общие основы обучения и воспитания детей с нарушениями умственного развития (при умственной отсталости и задержках психического развития), с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и, прежде всего, детей с церебральными параличами, а также с сенсорными, речевыми, сложными дефектами развития, нарушениями общения (при раннем детском аутизме), детей с нарушениями поведения и различными соматическими и нервно-психическими заболеваниями.

Специальная дидактика тесно связана с другими отраслями наук и прежде всего с медициной, общей педагогикой и психологией. Ее основу составляют общие и специфические закономерности нормального и аномального развития, теоретические концепции о роли обучения в развитии, теоретические положения о компенсаторных возможностях развивающегося мозга ребенка в процессе систематической лечебно-коррекционной работы.

Важным является принцип систематичности и последовательности в обучении. Согласно этому принципу, изложение учебного материала должно соответствовать внутренней логике изучаемого материала, а также возрастным и индивидуальным особенностям ребенка с учетом ведущего нарушения развития, времени его возникновения, причины и механизма, а также сохранных функций, общего состояния здоровья ребенка и компенсаторных возможностей его центральной нервной системы.

На основе принципа системности и последовательности обучения, с учетом уровня развития, соматического и нервно-психического состояния ребенка, разрабатываются специальные индивидуальные программы обучения и коррекции нарушенных функций. Таким путем обеспечивается равномерная и последовательная стимуляция психомоторного развития с постепенным накоплением знаний и умений, развитием познавательных возможностей и положительных черт личности.

Важным дидактическим принципом является связь обучения с игровой и практической деятельностью ребенка. У ребенка, в первую очередь, формируют практические знания и умения, развивают функцию общения, что является крайне важным для социальной адаптации детей с особыми проблемами в развитии.

Учитывая общие закономерности развития детей с различными отклонениями в развитии, важное место в системе специальной коррекционной педагогической работы отводится развитию регуляции произвольной деятельности и психической активности.

Успех всей лечебно-коррекционной работы в значительной степени зависит от правильного подхода к ребенку с отклонениями в развитии в семье. При этом важно учитывать не только специфику аномального развития, но и медицинский диагноз. Помощь ребенку с отклонениями в развитии — это не только лечение и работа специалистов (педагога-дефектолога, логопеда, методиста лечебной физкультуры, психолога), но это, прежде всего, огромный повседневный труд родителей, освященный их любовью и проводимый на основе приобретенных специальных знаний. Поэтому мы прежде всего обращаемся к родителям: «Будьте мужественны и счастливы со своим ребенком, а мы поможем вам!»

## Некоторые показатели психического и физического развития детей раннего возраста

### I. Закономерности довербального и раннего вербального развития

	Возраст	Стадии развития
I	От рождения до 8 нед.	Рефлекторный крик и рефлекторные звуки, сопровождающие, в основном, соматические реакции ребенка. В крике преобладают гласноподобные звуки, имеющие носовой оттенок
II	От 8 до 20 нед. (2-5 мес.)	Качественное изменение крика, появление гуления и смеха. С 3 мес. развитие интонационной характеристики крика. С 12 нед. появление начального гуления («гуканье»). 6-8 нед. — улыбка при общении. С 15-16 нед. — смех при общении
III	От 1 6-20 нед. до 30 нед. (4-7,5 мес.)	Интенсивное развитие гуления и появление лепета. С 5-6 мес. произнесение первых слогов (сочетания губных и язычных согласных с гласными)
IV	От 20-30 нед. до 48 нед. (5-12 мес.)	«Расцвет» лепета, каноническая вокализация. Голосовые реакции выделяются из общего «комплекса оживления»
V	9-1 8 мес.	Произнесение слогов разных типов и «псевдослов», не имеющих еще четкого значения

### II. Оценка этапов довербального и начального вербального развития

Возраст	Основные показатели
1 мес.	Реакция сосредоточения на речевое общение с ребенком
2 мес.	Улыбка при общении
3 мес.	Комплекс оживления при общении со взрослым, гуление
4 мес.	Дифференцированность комплекса оживления, смех
5 мес.	Дифференциация направления звука, певучее гуление

Окончание табл.

Возраст	Основные показатели
6 мес.	Лепет
7 мес.	Готовность к совместной игровой деятельности, ориентация на колокольчик
8 мес.	Реакция на незнакомое лицо, повторение одинаковых слогов ба-ба, ма-ма
9 мес.	Общение с помощью жестов, игра в «ладушки»
10 мес.	Ситуационное понимание обращенной речи, использование 1-2 «лепетных слов», понятных при соотнесении с ситуацией
11 мес.	Использование 3 «лепетных слов» с соотнесением
12 мес.	Использование 3—4 «лепетных слов» с соотнесением; понимание простой инструкции, дополняемой жестом
15 мес.	Словарный запас увеличивается до 6 слов, ребенок понимает простую инструкцию без жеста
18 мес.	Показывает одну из частей тела, словарный запас 7—20 слов
21 мес.	Показывает три части тела, начало фразы из 2 слов. Словарный запас — около 20 слов
24 мес.	Показывает 5 частей тела, словарный запас — минимум 50 слов, понимает двухэтапную инструкцию, начинает использовать предложение из 2 слов
30 мес.	Адекватно использует местоимения <i>я, ты, мне'</i> , использует предложение из 2 слов
36 мес.	Словарный запас до 250 слов и выше, общается предложением из 3 и более слов, использует множественное число существительных и глаголов. Называет свое имя, пол и возраст, понимает значение простых предлогов, выполняет задания типа <i>Положи кубик под чашку, Положи кубик в коробку</i>

### III. Оценка понимания речи

Возраст	Основные показатели
3-6 мес.	Прислушивается к голосу, адекватно реагирует на интонацию, узнает знакомые голоса
6-10 мес.	Понимает отдельные инструкции в конкретной ситуации и подчиняется некоторым словесным командам ( <i>Поцелуй маму. Дай ручку. Нельзя</i> и т. п.)
10-12 мес.	Понимает названия отдельных предметов

Возраст	Основные показатели
12-14 мес.	Узнает отдельные предметы на картинках
15-18 мес.	Показывает отдельные предметы на сюжетных картинках
20-24 мес.	Понимает обозначаемые на картинках действия, выполняет инструкции типа <i>Покажи, кто сидит, кто спит</i> ; выполняет двухступенчатую инструкцию ( <i>Пойди в кухню и принеси чашку</i> ), понимает значение предлогов в привычной конкретной ситуации ( <i>На чем ты сидишь?</i> )
от 2 лет 6 мес. до 3 лет	Понимает прочитанные короткие рассказы и сказки (с опорой на картинку, а затем и без нее)
3-4 года	Понимает сложноподчиненные предложения, значение предлогов вне конкретной привычной ситуации. Знает названия основных цветов. Слушает длинные сказки и рассказы. Выполняет двухступенчатую инструкцию
4-5 лет	Выполняет словесные задания с предлогами <i>сзади, между, рядом, /с и т. п.</i> Выполняет три последовательные команды. Понимает условное предложение со словом <i>если</i> . Понимает грамматическую форму предложений типа <i>Картина была нарисована Машей</i>

### IV. Возрастные особенности развития общей моторики

#### Навыки поведения

3-6 мес.

Лежит на животе, опираясь на согнутые под прямым углом предплечья (4 мес.); на вытянутые руки (5 мес.). Приподнимает голову, поворачивается на бок (4—5 мес.), садится (6 мес.)

6—12 мес.

Посаженный, сидит, опираясь на руки, ползает на животе, поворачивается с живота на спину (7 мес.); садится и сидит, не опираясь, становится на четвереньки, ухватившись за опору, становится на колени (8 мес.); встает, ухватившись за опору, переступает, поддерживаемый за руки (9 мес.); стоит самостоятельно, ходит, держась одной рукой (10 мес.); уверенно стоит без опоры, приседает; ходит, держась одной рукой, делает несколько шагов без опоры (11 мес.); ходит без поддержки, приседает, встает (12 мес.)

1-2 года

Ходит уверенно, наклоняется, чтобы достать предмет с пола. Останавливается, ходит в сторону и назад, бросает мяч. Короткое время стоит на одной ноге. Относит предмет на короткое расстояние. При легкой поддержке ходит вниз по лестнице, поднимается сам, прыгает на месте, крутит педали трехколесного велосипеда





Окончание табл.

Возраст	Основные показатели
2-3 года	Учится бегать, ходить на носках, сохранять равновесие на одной ноге. Сидит на корточках, прыгает с последней ступеньки
3-4 года	Бросает мяч через голову. Хватает катящийся мяч, спускается вниз по лестнице, используя попеременно ту или другую ногу. Прыгает на одной ноге. Стоит на одной ноге в течение 10 мин. Сохраняет равновесие при качании на качелях
4-5 лет	Прыгает на одной ноге. Ходит по бревну. Прыгает попеременно на одной и другой ноге. Поднимается вверх по лестнице
5-6 лет	Хорошо прыгает, бегает, прыгает через веревочку, прыгает попеременно на одной и другой ноге; бегает на носках. Катается на двухколесном велосипеде, учится кататься на коньках, играть в хоккей

#### V. Возрастные особенности развития тонкой моторики рук

Возраст	Навыки поведения
1-2 года	Держит два предмета в одной руке; чертит карандашом, переворачивает страницы книги. Ставит друг на друга от 2 до 6 кубиков
2-3 года	Открывает ящик и опрокидывает его содержимое. Играет с песком и глиной. Открывает крышки, использует ножницы, красит пальцем. Нанизывает бусы
3—4 года	Держит карандаш пальцем, копирует формы несколькими чертами. Собирает и строит постройки из 9 кубиков
4-5 лет	Рисует карандашами или цветными мелками. Строит постройки более чем из 9 кубиков. Складывает бумагу более чем 1 раз. Определяет предметы в мешке на ощупь, лепит из пластилина (от 2 до 3 частей), шнурует ботинки

#### VI. Возрастные особенности развития зрительно-моторной координации

Возраст	Навыки поведения
3-6 мес.	Направляет руки ко рту. Следит за движением рук. Под контролем зрения направляет руку к предмету и захватывает его

Окончание табл.

Возраст	Навыки поведения
6-12 мес.	Развивается «единое» поле зрения и действия. Глаз направляет движение руки. Перекладывает предмет из одной руки в другую. Может положить ложку в чашку, кубики в коробку
1-2 года	Чертит штрихи и «каракули». Держит чашку, поднимает ее и пьет. Помещает квадрат в квадратную прорезь, овал — в овальную. Повторяет изображения нескольких горизонтальных, вертикальных и округлых линий
2-3 года	Может крутить пальцем диск телефона, рисует черточки, воспроизводит простые формы. Режет ножницами. Рисует по образцу крест
3-4 года	Обводит по контурам, копирует крест, воспроизводит формы. Хватает катящийся к нему мяч
4-5 лет	Аккуратно вырезает картинки. Пишет буквы и числа. Дополняет недостающие детали в картинке. Бьет молотком по гвоздю. Воспроизводит геометрические фигуры по образцу
5-6 лет	Раскрашивает простые формы. Копирует заглавные печатные буквы. Рисует простой «дом» (квадрат и диагонали). Рисует человека, изображая от 2 до 3 частей его тела. Копирует квадрат, звезду. Дополняет три части в незавершенной картине

## Приложение 2

### Развитие зрительно-моторной координации и тонких дифференцированных движений рук

## Приложение 3

### Стимуляция доречевого и речевого развития

Возраст	Развитие функции в норме	Мероприятия по стимуляции функции	Возраст	Развитие в норме	Стимуляция развития
1-3 мес.	Фиксирует взгляд на предмете. Поворачивает голову к яркому предмету, удерживает вложенную в руку погремушку	Помещают яркие звучащие игрушки напротив и сбоку от ребенка. Тонкие звучащие игрушки вкладывают в руку ребенка с целью развития тактильных ощущений при дополнительной зрительной стимуляции	1-3 мес.	Слух: больше обращает внимание на тихий голос, чем на громкий. Реагирует на звук и голос прекращением двигательной активности. Издает отдельные горловые звуки при открытом рте, гулит	Тактильная стимуляция губ. Развитие слухового внимания. Стимуляция гуления
4-8 мес.	Следит глазами за движением своей руки. Рассматривает игрушки и людей. Произвольно переключает взор с одного предмета на другой. Активно тянется к предметам и захватывает их. Играет двумя руками, перекладывает предмет из руки в руку	Развивают функцию захвата игрушки. Помещают яркие звучащие игрушки на таком расстоянии, чтобы ребенок мог их схватить при простом соприкосновении. Варьируют толщину, вес и фактуру игрушек	9-18 мес.	Слух: поворачивает голову или глаза на звук. Больше реагирует на голос, чем на простой звук. Голос: певучее гуление, лепет. Появление интонационной выразительности гуления и лепета	Гимнастика губ. Побуждение ребенка губами тянуться к соске и пище, стимуляция движений языка, жевания. Стимуляция лепета и развитие слухового внимания
9-18 мес.	Узнает предметы на расстоянии. В захватывании предмета участвует большой палец и конечные фаланги других. В игре исследует предметы путем повторных проб с опорожнением и наполнением. Пьет из чашки, начинает пользоваться ложкой	Варьируют размеры и формы игрушек. Игры с наливанием и выливанием воды. Игрушки, в захватывании которых необходимо участие большого пальца и конечных фаланг остальных	19-36 мес.	Слух: начало восприятия ритма. Начало понимания обращенной речи. Знает название некоторых окружающих его предметов. К концу периода некоторые из них начинает узнавать на картинке. Развивается интонация просьбы	Развитие слухового внимания, определение звука в пространстве с помощью различных звучащих игрушек. Закрепление связи между словом, предметом и простейшим действием. Обучение интонации просьбы
19-36 мес.	Продолжает развиваться зрительное восприятие глубины, зрительное внимание к форме. Продолжает играть двумя руками, но с выделением преобладающей руки. Преобладающая рука часто меняется	Развитие зрительно-тактильных связей: активная игра — складывание кубиков, игры с песком и водой, простейшие сборные игрушки и головоломки		Слух: продолжает лучше реагировать на спокойную, чем на громкую речь. Локализует звук в пространстве. Повторяет слоги. К концу периода словарный запас возрастает до 200-250 слов, начинает пользоваться фразовой речью. Развивается интонация утверждения, повествования. К 2-3 годам начинает использовать местоимения я, ты. Использует множественное число. Фраза из 3—4 слов. Задает вопросы	Привлечение внимания к правильному звучанию слов. Постоянно разговаривать с ребенком о том, что он видит в данный момент. Не перебивать речь ребенка. Расширять понимание речи с помощью картинок, играть в картиночное лото, стимулировать к рассказу по картинкам

## Приложение 4

### Некоторые упражнения по подготовке к формированию графических навыков

Известны специфические трудности формирования графических навыков у всех категорий детей с отклонениями в развитии: многие дети не умеют ориентироваться в пространстве листа бумаги, не замечают ориентиры в виде клеток или строчек, не могут плавно проследить глазами за движениями своей руки, неправильно удерживают карандаш или ручку.

Для формирования графических навыков ребенка прежде всего необходимо научить правильному захвату карандаша, для чего часто требуются специальные коррекционные упражнения, особенно для детей с церебральным параличом. У ребенка необходимо развить дифференцированные движения пальцев рук, умение складывать большой, указательный и средний палец «в щепотку» и захватывать таким образом различные предметы, например перекладывать палочки в коробку, избегая при этом движений левой руки, общего мышечного напряжения. Ребенок должен научиться следить глазами за движениями своей руки, проводить линии слева направо. При тяжелом двигательном нарушении, например у детей с церебральным параличом, такие упражнения вначале проводятся пальцем, окунаемом в краску. Затем ребенка учат пользоваться мелком и карандашом.

На первом этапе работы ребенок чертит горизонтальные и вертикальные линии, следя глазами за движением своей руки. Затем его учат копировать круг, крест, квадрат, треугольник и другие изображения, а также ставить точки или рисовать кружки между двумя горизонтальными линиями и следить глазами за движениями своей руки, причем движения должны идти слева направо. На следующем этапе работы его учат рисовать лицо и копировать буквы.

Методы обучения зависят от возраста ребенка, степени испытываемых им трудностей и клинического диагноза. Например, в особых приемах обучения нуждаются дети с церебральным параличом, с ранним детским аутизмом, с выраженными дефектами зрения. Всем этим детям необходимы предварительные обучающие и коррекционные мероприятия, которые направлены на развитие интереса к данному виду деятельности и «готовности» руки к выполнению необходимых движений. Ребенка учат правильно держать толстый мелок или карандаш и водить им по листу бумаги. При этом важно учитывать возрастные этапы развития движе-

ний руки с карандашом. Известно, что вертикальные и горизонтальные линии ребенок начинает имитировать с 2-2,5 лет. Перед тем как формировать у ребенка возможность пользования карандашом, важно, чтобы он овладел некоторыми предварительными навыками: рисованием пальцем, лепкой, конструктивной деятельностью, нанизыванием крупных бусин, работой с ножницами и составлением целого из частей (разрезные картинки, кубики), кроме того, что не менее важно, ребенок должен овладеть навыком подражания.

Многими авторами разработаны специальные серии заданий, которые необходимо выполнить перед тем, как начинать обучать детей навыкам письма.

**Задание.** Срисовывание круга по словесной инструкции: «Нарисуй круг». В качестве обучающего действия используется следующий прием: взрослый на глазах у ребенка рисует круг, говоря: «Я иду по кругу и останавливаюсь, теперь ты пройди по кругу и остановись». Ребенок рисует, взрослый повторяет: «Идешь по кругу и останавливаешься». При необходимости взрослый помогает ребенку, положив свою руку на его, рисует вместе с ним круг. Таким же образом ребенка учат рисовать крест, при необходимости комментируя его действия инструкцией: «Ты идешь вниз и поперек». При необходимости взрослый поддерживает и направляет руку ребенка. Таким же путем ребенка учат рисовать лицо, квадрат, человека, срисовывать треугольник по словесной инструкции.

Программа Маккуэри для детей с задержками развития.  
Руководство, 1981

Важное значение для развития навыка письма имеет подражание, поэтому при подготовке к обучению письму важно поощрять ребенка копировать действия взрослого. Его учат срисовывать круг, квадрат, крест и т. п. Используя различные обучающие действия, учат рисовать лицо, например, используют комментирующую подсказку. Ребенок начал рисовать круг, взрослый комментирует: «Ты рисуешь лицо, а теперь нарисуй глаза».

Такими же приемами ребенка учат рисовать человечка: вначале человечка рисует взрослый, называя каждую деталь, которую он вырисовывает в данный момент.

Для обучения рисованию используются такие методы, как использование опыта копирования геометрических форм: круга, треугольника, квадрата, овала. Таким путем ребенка учат рисовать домик, состоящий из треугольника, квадрата и овалов.

Одним из методов обучения рисованию является соединение точек. Таким способом рисуют контуры изображаемых предметов.

Проводятся специальные занятия по обучению раскрашиванию картинок внутри контура с использованием шаблонов, которые вначале удерживает взрослый. В ряде случаев, особенно если занятие проводится с ребенком с церебральным параличом, необходимо поддерживать его руку, ведя ее своей рукой.

Перед проведением специальных занятий составляется индивидуальная программа для каждого ребенка, к выполнению этой программы активно подключаются родители. В первую очередь подбираются те программы, которые непосредственно направлены на адаптацию ребенка к своему окружению.

При проведении подобной коррекционной работы важное значение придается наиболее адекватному взаимодействию «взрослый — ребенок». Чем более тяжелое нарушение имеется у ребенка, тем детальнее разрабатывается для него программа с подробной разбивкой каждого задания на отдельные фрагменты, т.е. учитель «шаг за шагом» ведет ребенка к намеченной цели.

### **Некоторые рекомендации по руководству самостоятельной двигательной активностью детей с отклонениями в развитии**

Все дети с отклонениями в развитии в разной степени нуждаются в руководстве и организации их самостоятельной двигательной активности. Педагог, организуя подвижные игры с этими детьми, должен уметь дифференцированно помочь каждому ребенку, особенно детям с детским церебральным параличом, даже при остаточных его проявлениях.

Для гармоничного физического развития детей с отклонениями в развитии следует максимально поощрять, а также специально организовывать игры с мячами, обручами и другими игрушками. Если в игре участвует ребенок с церебральным параличом, педагог или воспитатель подключается к его игре, помогая ему добиться положительных результатов от совместных действий с другими детьми.

Для коррекции двигательных нарушений у всех детей с отклонениями в развитии важное значение имеют спортивные игры, проводимые на свежем воздухе. Во время этих игр не только закрепляются двигательные навыки, но и появляется возможность их использования в практической деятельности.

Тренировка движений на природе обогащает представления детей об окружающем мире, способствует развитию силы, выносливости, тренирует пространственные представления, развивает волевые качества личности. На природе создаются оптимальные условия для выполнения одних и тех же движений в различных вариантах, что способствует автоматизации движений.

Примерами физических упражнений, проводимых на природе, могут быть следующие:

- залезать на горку и слезать с нее (быстро или медленно);
- ходить по рыхлому песку и по мелкой воде босиком;
- пройти по мягкому грунту след в след за взрослым;
- пройти по тропинке 10-15 м босиком с закрытыми глазами;
- пройти по тропинке 20-30 м, сделав как можно меньше шагов;
- пройти пригнувшись, скрываясь за кустарником или низким забором.

При выполнении всех этих упражнений взрослый наблюдает за правильным положением головы, осанкой и опорой на всю стопу.

Постепенно детей с более развитой моторикой учат ходить, не смотря себе под ноги.

Полезны также различные упражнения в лазанье:

— вползти на горку на четвереньках, опираясь на колени и помогая себе руками. Сползти с горки на четвереньках;

— подлезть под низко наклоненные ветки дерева прямо и боком, не касаясь земли руками;

— переползти через поваленное дерево, бревно, лежащее на земле;

— перелезть через бревно, заборчик;

— плотно обхватив дерево руками, обойти вокруг него.

Кроме того, важно научить детей подпрыгивать на двух ногах выше травы; подпрыгивать на двух ногах, стараясь достать обеими руками до ветки дерева. Перепрыгивать с места через ямку, неширокую канавку, лужу; спрыгивать с невысоких пеньков, кочек, лежащих на земле бревен.

На природе удобно и полезно упражнять детей в навыках метания. Дети бросают шишки, камешки, палочки, стараясь попасть в указанное место.

Важное значение для детей с отклонениями в развитии имеют специальные упражнения спортивного характера, купание и плавание. При обучении детей плаванию широко используются различные вспомогательные средства, различные надувные круги, надувные плавательные воротники и т. п. Для каждого ребенка вспомогательные средства подбираются индивидуально, с учетом возраста и состояния моторики. В особых приемах по обучению плаванию нуждаются дети с церебральным параличом.

## Оглавление

### Введение

#### Раздел первый

#### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ И ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

<i>Глава 1.</i> Возрастные закономерности психомоторного развития . . .	5
<i>Глава 2.</i> Ранняя стимуляция психомоторного развития . . . . .	21
<i>Глава 3.</i> Нарушения познавательной деятельности у детей при основных формах аномального психического развития (клиническая характеристика). . . . .	27
3.1. Умственная отсталость . . . . .	27
3.2. Задержка психического развития . . . . .	33
3.3. Особенности познавательной деятельности у детей с тяжелыми речевыми расстройствами. . . . .	41
3.4. Особенности познавательной деятельности у детей с церебральными параличами . . . . .	45
3.5. Дети с нарушениями слуха, зрения, ранним детским аутизмом . . . . .	51
<i>Глава 4.</i> Наиболее распространенные психосоматические и нервно-психические расстройства у детей раннего возраста. . . .	54
4.1. Психосоматические расстройства . . . . .	54
4.2. Нервно-психические расстройства . . . . .	61
4.2.1. Нервно-мышечные заболевания . . . . .	61
4.2.2. Нервно-психические нарушения в связи с черепно-мозговой травмой . . . . .	63
4.2.3. Судорожный синдром . . . . .	64
<i>Глава 5.</i> Ранняя диагностика отклонений в развитии . . . . .	66
5.1. Общие теоретические положения . . . . .	66
5.2. Основные методы клинико-психолого-педагогической диагностики отклонений психического развития у детей . . . . .	72
5.2.1. Медицинская диагностика . . . . .	72
5.2.2. Психолого-педагогическая диагностика . . . . .	85
5.2.3. Диагностика нарушений речи и оценка коммуникативного поведения. . . . .	91
5.2.4. Диагностика развития мышления . . . . .	113
5.2.5. Нейропсихологическое обследование . . . . .	117

Глава 6. Некоторые показатели готовности к обучению детей с особыми проблемами развития . . . . .	121
Глава 7. Роль электроэнцефалографического исследования в оценке готовности к школьному обучению . . . . .	130

## Раздел второй

### ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА (содержание и методы)

Глава 1. Общие принципы и организация лечебно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. . . . .	135
Глава 2. Физическое воспитание . . . . .	153
2.1. Воспитание и укрепление общего здоровья ребенка. . .	153
2.2. Развитие и нормализация движений . . . . .	158
2.3. Физическое воспитание в преддошкольном возрасте . .	174
2.4. Физическое воспитание в дошкольном возрасте. . . . .	175
2.5. Развитие пространственных представлений и конструктивного праксиса в процессе физического воспитания . .	176
Глава 3. Развитие познавательной деятельности . . . . .	183
3.1. Сенсорное воспитание и развитие игровой деятельности . . . . .	189
3.2. Ознакомление детей с окружающим миром . . . . .	200
3.3. Поэтапное формирование устной речи и коррекция речевых нарушений. . . . .	203
Глава 4. Подготовка к обучению математике, чтению и письму . . . . .	215

## Раздел третий

### ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ ВЕДУЩЕГО НАРУШЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА

Глава 1. Общий теоретический подход . . . . .	221
Глава 2. Лечебно-педагогическая работа при умственной отсталости . . . . .	222
Глава 3. Лечебно-педагогическая работа при задержке психического развития . . . . .	228
Глава 4. Принципы лечебно-педагогической работы с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи (ТНР) . . . . .	232
4.1. Лечебно-педагогическая работа с детьми с общим недоразвитием речи (ОНР). . . . .	232
4.2. Воспитание ребенка с отставанием в развитии речи. . .	239

Глава 5. Лечебно-коррекционная работа при детском церебральном параличе (ДЦП). . . . .	241
5.1. Ранняя стимуляция психического и речевого развития . .	241
5.2. Кондуктивное воспитание при детском церебральном параличе (ДЦП) . . . . .	242
5.3. Ранняя логопедическая работа . . . . .	243
5.4. Развитие двигательных функций. . . . .	248
Лечебно-педагогическая работа с детьми с нарушениями зрения. . . . .	251
Глава 6. . . . .	251
Глава 7. Лечебно-педагогическая работа с детьми с нарушениями слуха . . . . .	257
Глава 8. Лечебно-педагогическая работа с детьми с эмоциональными расстройствами и нарушениями общения . . . . .	268
Глава 9. Основы лечебно-педагогической работы при детской шизофрении и эпилепсии . . . . .	274
Глава 10. Лечебно-педагогическая работа с соматически ослабленными детьми и детьми с повышенной нервной возбудимостью и нарушениями поведения . . . . .	281
Глава 11. Лечение и психотерапевтическая работа в семье. . . . .	283
11.1. Общеоздоровительные мероприятия. . . . .	289
11.2. Медикаментозная терапия. Общая характеристика основных лекарственных препаратов. . . . .	290
11.3. Психотерапия в коррекционной работе с детьми с отклонениями в развитии. . . . .	293
11.4. Психотерапевтическая работа с семьей . . . . .	298
Заключение . . . . .	298
11.5. Арттерапевтическая работа с проблемными детьми . . .	301
Приложение 1. Некоторые показатели психического и физического развития детей раннего возраста . . . . .	306
Приложение 2. Развитие зрительно-моторной координации и тонких дифференцированных движений рук . . . . .	307
Приложение 3. Стимуляция доречевого и речевого развития . . . .	308
Приложение 4. Некоторые упражнения по подготовке к формированию графических навыков . . . . .	311
Приложение 5. Некоторые рекомендации по руководству самостоятельной двигательной активностью детей с отклонениями в развитии . . . . .	311