Обучение и воспитание детей с тяжёлыми нарушениями речи

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Классификация речевых нарушений. В настоящее время в оте­чественной логопедии существует две основных классификации ре­чевых нарушений: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Эти классификации разработаны преимущественно по от­ношению к первичному нарушению речи у детей. В основе клини­ческой классификации лежит изучение причин (этиология) и па­тологических проявлений речевой недостаточности. Это нарушение голоса (дисфония. афоний), нарушение темпа речи (брадилалия, тахилалия), заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия, нарушение письма и чтения (аграфия, дисграфия, алексия, дислексия). В соответствии с особенностями нарушений для каждой формы речевой патологии разработаны приемы и методы коррекционно-логопедической работы.

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

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

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

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

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

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

Специальные детские сады имеют два отделения: для детей с фонетико-фонематическими нарушениями речи и общим недораз­витием речи (ОНР); для детей с заиканием. В этих садах предусмот­рен специальный режим дня, включающий проведение фронталь­ных, групповых и индивидуальных занятий по коррекции речи. Проводятся занятия по развитию речи, знакомству с окружающим, подготовка к обучению грамоте и др. Дети, овладевшие нормаль­ной речью и не достигшие семилетнего возраста, переводятся в дошкольные учреждения общего типа.

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

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

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

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

Некоторые нарушения речи у ребенка родители могут заметить и в более раннем возрасте, например, ОНР, алалию, но коррегировать эту речевую патологию может только логопед. Причем, не­обходимо как можно раньше обратиться к нему за помощью. При исправлении логопедом речевых нарушений у ребенка родители должны всемерно помогать ему. Им следует знать, что вовремя не исправленные дефекты речи могут привести к недоразвитию всей познавательной деятельности малыша, к формированию у него от­рицательных черт личности. Речевые недостатки ребенка сами со­бой без специального вмешательства не проходят. Исправление речи требует систематических продолжительных занятий. Успех коррекционной работы зависит не только от логопеда, но и от родителей. Так, если у ребенка заикание, то родители обязательно должны организовать ему дневной сон. Им надо ограничивать все разгово­ры детей, не задавать им вопросов, не заставлять повторять ска­занное с заиканием. Если ребенок начинает говорить с заиканием, родители должны тут же прийти к нему на помощь, договорив за него слово или фразу. Надо стремиться к соблюдению ребенком «ре­жима молчания», допуская включение речи лишь в самых крайних случаях, и то шепотной. Молчание детей должно достигаться не зап­ретом, а изобретательностью родителей. Никто из членов семьи не должен говорить при ребенке о его дефекте, демонстрировать его дефект другим лицам (за исключением специалистов).

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

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

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

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

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

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

**Умственно отсталые дети**

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

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

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

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

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

У этик детей поражение мозговых систем возникает на ранних этапах развития: или во внутриутробном (пренатальном), или в постнатальном периоде, т.е. при рождении или в первые три года жизни ребенка, т.е. до полного становления речи. При олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (не усугубляющийся) характер. Ребенок-олигофрен практически здоров. Олигофрения - это не болезнь, но такое состояние ребенка, при котором наблюдается стойкое недоразвитие всей его психики.

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

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

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

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

Для усвоения способов ориентировки в окружающем мире, для выделения и фиксирования ярко обозначенных свойств и простей­ших отношений между предметами, для понимания важности того или иного действия умственно отсталому дошкольнику требуется гораздо больше вариативных повторений, чем для нормально раз­вивающегося ребенка. Он чаще всего не предпринимает попыток тактильно-двигательного обследования предметов. В младенчестве не овладевает хватанием и позднее, в дошкольном возрасте, затруд­няется в определении на ощупь формы и величины предмета. Боль­шинство умственно отсталых детей в раннем возрасте имеет недо­развитие моторики и зрительно-двигательной координации. Движе­ния рук у них неловкие, недостаточно согласованные, часто ведущая рука не выделяется. Многие дети не могут действовать од­новременно двумя руками сразу. Недостаточное развитие зритель­но-двигательной координации приводит к тому, что ребенок про­махивается при попытке взять предмет, т.к. неверно определяет на­правление, не может проследить зрительно за движениями руки.

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

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

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

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

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

Развитие речевого (фонематического) слуха происходит у ум­ственно отсталых детей с большим опозданием и отклонениями. Вследствие этого у них наблюдается отсутствие или позднее появ­ление лепета. Для олигофренов характерна задержка становления речи, которая обнаруживается в более позднем (чем в норме) по­нимании обращенной к ним речи и в дефектах самостоятельного пользования ею. У некоторых умственно отсталых детей наблюда­ется отсутствие речи даже к 4—5 годам. Словарь детей беден. Значе­ния слов недостаточно дифференцированы. Употребляемые ими предложения примитивны по своей конструкции, с большим ко­личеством аграмматизмов, пропусков. Умственно отсталые дети редко бывают инициаторами беседы и испытывают огромные труд­ности в овладении монологической речью.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В специальных школах, школах-интернатах и классах, где учатся умственно отсталые дети, наряду с прохождением определенной программы по общеобразовательным предметам (русскому языку, математике, географии и т.п.), формированием у них определен­ных умений и навыков, существенное внимание уделяется трудо­вой подготовке, а также ориентировке в социально-бытовых про­блемах. На каждом уроке обязательно ставятся и решаются конк­ретные коррекционные проблемы. Однако предусмотрены и специальные занятия, имеющие коррекционную направленность. Например, логопедические, лечебная физкультура.

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

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

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

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

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

Занимаясь с умственно отсталым ребенком, родителям следу­ет воспитывать у него интерес к окружающему и происходящему, учить не отвлекаться от занятий, работать целенаправленно. Не ме­нее значимым аспектом в воспитании ребенка является стимуля­ция его сенсорного развития, которое служит основой для форми­рования речи, развития инициативы, целенаправленной деятель­ности, эмоциональных реакций. Для этого родителям целесообразно проводить с ребенком игры, направленные на знакомство с фор­мой, величиной, цветом предметов, обучение его простым действи­ям с ними. Рекомендуется учить ребенка понимать такие слова, как «квадрат», «круг», «форма», «красный», «синий», «цвет», «одина­ковый», «большой», «маленький» и др. Причем, на начальных эта­пах не надо требовать от ребенка запоминания и самостоятельного употребления этих слов.

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

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

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

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

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