Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

**Контрольная работа по дисциплине:**

«Педагогические системы обучения и воспитания детей

с отклонением в развитии»

**Работу выполнила: Федяшина Т.Н.**

студентка 2 курса

заочного отделения факультета

психолого-педагогического

и специального образования СГУ

**группа № 272**

оценка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата проверки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Саратов 2014

План контрольной работы

по дисциплине

«Педагогические системы обучения

и воспитания детей с отклонением в развитии»

1. Психолого-педагогическая характеристика умственной отсталости. Причины её возникновения.
2. Причины речевых нарушений, их классификация.
3. Специальное обучение и воспитание при аутизме. Система коррекционно- педагогической помощи.

**1. Психолого-педагогическая характеристика умственной отсталости. Причины её возникновения.**

*Олигофрения* представляет собой особую клиническую форму умственной отсталости, характеризующую общее необратимое недоразвитие мозговых структур, и, прежде всего, наиболее поздно формирующихся в онтогенезе корковых мозговых структур, особенно лобных и теменно-височно-затылочных отделов коры головного мозга.

Структура дефекта при олигофрении характеризуется тотальностью и иерархичностью недоразвития познавательной деятельности, в особенности мышления и личности. Тотальность проявляется в недоразвитии всех нервно-психических функций. Иерархичность — в преимущественном недоразвитии познавательных функций, и прежде всего абстрактного мышления. Как правило, течение заболевания носит непрогредиентный характер.

Нарушения интеллекта делят на олигофрению и деменцию.

*Деменция* – стойкое ослабление познавательной деятельности, сочетающееся со снижением критичности, ослаблением памяти, упрощением эмоций. О деменции говорят, когда заболевание, приведшее к ней, началось в возрасте старше 2–3 лет. В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических заболеваний мозга при шизофрении, эпилепсии, вследствие воспалительных заболеваний мозга (менингоэнцефалитов), а также вследствие травм мозга (сотрясений и ушибов). Когда деменция носит *прогредиентный* характер, то наблюдается медленное прогрессирование болезненного процесса*,* которая характеризуется неуклонной прогрессивностью течения ослабоумливающего процесса (чаще всего наблюдается при эндогенно-органических заболеваниях (болезни Пика, Альцгеймера, старческое слабоумие и др.) и *непрогредиентная* (Основы специальной психологии, 2002). В отличие от олигофрении, деменция носит парциальный (локальный) характер поражения, а также ее мозаичность (выборочность).

*Олигофрении* – клинически однородная группа заболеваний различной этиологии, объединяемых двумя обязательными признаками: 1) психическим недоразвитием с преобладанием интеллектуальной недостаточности; 2) отсутствием прогредиентности; 3) тотальностью и иерархичностью поражения.

*Причинами* возникновения дефекта могут являться самые различные факторы: эндогенные и экзогенные, действующие в пренатальный, натальный и постнатальный периоды.

Динамика олигофрений связана с возрастным развитием (эволютивная динамика) с декомпенсацией или компенсацией состояния, патологическими реакциями под влиянием возрастных кризов и различных экзогенных, в том числе психогенных, факторов.

К олигофрениям не следует относить врожденные или возникающие в детстве прогредиентные заболевания, сопровождающиеся слабоумием, остаточные явления раннего органического поражения головного мозга с деменцией, а также вторичные задержки развития, обусловленные различными физическими дефектами, поражением речи, слуха и т. д.

Олигофренами не являются малоодаренные дети и дети с временной задержкой развития в связи с истощающими заболеваниями или вследствие неблагоприятных условий среды и воспитания (социальная и педагогическая запущенность, эмоциональная депривация) (Столин В.В., Бодалев А.А. и др., 1989).

*Причины возникновения* умственной отсталости разнообразны: это может быть алкоголизация родителей, заболевания матери во время беременности или заболевания у самого ребенка, особенно, в первые годы жизни. Существуют и другие причины – как эндогенные, так и экзогенные, – но перечисление всех возможных факторов происхождения умственной отсталости не представляется здесь возможным и не является целью данной работы. В практике врачей-психиатров встречаются случаи, когда невозможно установить причину умственной отсталости у ребенка.

Проявления умственной отсталости зависят от степени ее выраженности. Проблема умственной отсталости и ее классификация привлекала разных исследователей, например, таких, как Г.Е. Сухарева, М. С. Певзнер, О. Е. Фрейеров, М. Г. Блюмина, И. Л. Юркова, М. М. Райская, Д. Е. Мелехов, В. Ф. Шалимов, В. М. Явкин и ряд других. В отечественной дефектологии существует несколько вариантов классификации олигофрении. Это связано с разнообразием этиологии, полиморфизмом клинических форм, различными подходами к ее изучению (Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития // Под ред. Пузанова Б.П., 2003).

Остановимся чуть подробнее на наиболее распространенных характеристиках степеней интеллектуальной недостаточности (Основы коррекционной педагогики, 1999): С.С. Ляпидевского, Г.Е. Сухаревой, И.С. Певзнер.

В работе С. С. Ляпидевского «Клиника олигофрении» (см. Майрамян Р.Ф., 1976), обобщены исследования отечественных специалистов, дана клинико-психолого-педагогическая характеристика умственно отсталых учащихся.

Ученый рассматривает *физическое, неврологические нарушения и психической* деятельности.

Раскроем поподробнее параметры, на которые обращал внимание С. С. Ляпидевский. При легких формах олигофрении, заметных изменений в *физическом состоянии* может не отмечаться. Наиболее типичные отклонения в физическом статусе наблюдаются у детей-олигофренов с врожденными заболеваниями, особенно связанными с нарушениями хромосомного набора (например, синдром Дауна). Признаки физического недоразвития чаще встречаются при более тяжелых поражениях мозга, особенно ранних (связанных с патологией эмбриогенеза), а также изменения и со стороны внутренних органов. Реже бывают дефекты развития органов дыхания; это приводит к частым простудным заболеваниям и повторным пневмониям. В отдельных случаях имеют место пороки развития почек, мочевого пузыря, половых органов.

Грубых *локальных неврологических симптомов* при олигофрении, особенно при ее легких формах, может не встречаться; они чаще бывают при сочетании олигофрении с другими локальными поражениями центральной нервной системы, в частности при церебральных параличах. Но со стороны *черепно-мозговых нервов* могут встречаться симптомы: косоглазие, опущение верхнего века, ритмичные движения глазного яблока (нистагм), слабость (парез) лицевого и подъязычного (отклонение языка в сторону при высовывании) нервов.

*Двигательные нарушения* встречаются в виде нерезко выраженных парезов, изменений мышечного тонуса различного характера: дети позднее начинают держать головку, сидеть, стоять, ходить. Двигательные нарушения касаются быстроты, точности, ловкости и главным образом выразительности движений. Е. Н. Правдина-Винарская изучала отклонения в неврологическом статусе олигофренов. В работе «Неврологическая характеристика синдрома олигофрении» она говорит о том, что, например, мимические движения выполняются детьми-олигофренами быстрее и более четко по подражанию, чем по словесной инструкции. Движения, выполняемые детьми по словесной инструкции, сопровождаются синкинезиями.

У большинства детей-олигофренов наблюдаются *задержка в формировании речевой функции,* дефекты произношения.

Со стороны *рефлекторной сферы* отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов, расширение зоны их вызывания, асимметрия. В некоторых случаях наблюдается снижение или отсутствие рефлексов. При нарушении анализаторов наблюдаются сужение диапазона восприятия различных раздражений, нечеткость дифференцировок, их вялость, малая активность.

Отмеченные нарушения в работе анализаторов сказываются и на психической деятельности ребенка.

У многих детей-олигофренов выявляются симптомы нарушения вегетативной нервной системы: повышенная потливость, сосудистая дистония, изменение дермографизма, повышенные жажда и аппетит.

*Нарушения психической деятельности* при олигофрении составляют основу дефекта. Клиническая картина психических нарушений при разных формах умственной отсталости неодинакова и зависит от ряда моментов: степени тяжести поражения центральной нервной системы, характера патогенного агента и времени его воздействия, вредных влияний, действующих на дальнейших этапах развития ребенка в период активного формирования психических функций.

Патология психического статуса у этих детей связана с недоразвитием всей познавательной деятельности и особенно мышления. Процесс восприятия этого мира малоактивен.Выработанные условные связи у них непрочны и быстро угасают. Обычно детали, второстепенные признаки предметов и явлений плохо или совсем не фиксируются.

Перечисленные выше нарушения восприятия и представлений отрицательно сказываются на формировании высших психических функций, которые составляют основу интеллектуальной деятельности. Детям бывает трудно найти сходство или различие между предметами по характерным признакам, высказать суждение о предмете, явлении, создавшейся ситуации, самостоятельно оценить ситуацию и найти в ней свое место. Это нередко является причиной *неадекватных реакций и недостаточно осмысленных форм поведения.*

Познавательная деятельность умственно отсталых учащихся состоит в *недоразвитии словесно-логического мышления.*

Отмечаются также *нарушения волевой сферы.* Внешне это выражается в хаотическом поведении, преобладании движений и действий непроизвольного характера. Кроме того, у них нередко наблюдается стойкое проявление негативизма. Слабость воли у многих детей выражается еще и в том, что они легко подчиняются чужому влиянию (как правило, отрицательному), не проявляют настойчивости и инициативы в достижении цели. Их поведение импульсивно.

Произвольное же внимание у большинства из них отличается неустойчивостью – дети легко отвлекаются на любой посторонний раздражитель, что очень осложняет их обучение. Но в процессе обучения и воспитания внимание становится более устойчивым, расширяется его объем. Этому весьма способствует овладение навыками самообслуживания и выполнения трудовых заданий.

К нарушениям психической деятельности нужно отнести и наблюдающиеся у умственно отсталых *расстройства эмоциональной сферы,* которая имеет большое значение в процессе познания, поскольку активизирует работу мышления. Чувства таких детей малодифференцированны, бедны.

Одно из типичных нарушений даже при легкой степени умственной отсталости – *это расстройство речи.* При олигофрении отмечается недостаточная сформированность как фонетико-фонематической, так и лексико-грамматической стороны речи. Кроме того, при олигофрении значительно чаще, чем у детей с нормальным интеллектом, отмечаются стойкие нарушения звукопроизношения. Это связано как с недоразвитием аналитико-синтетических процессов, функции самоконтроля, недоразвитием фонематического восприятия и анализа, нарушениями артикуляционной моторики различного генеза, так и с инертностью психических процессов.

Такие характеристики аномального развития, как нарушения словесного опосредования и формирования понятий, особенно резко выражены у умственно отсталых детей (В. И. Лубовский, В. Г. Петрова). Как правило, речевая система формируется с задержкой. Словарь накапливается медленно и никогда не достигает уровня, который характерен для нормы. У многих бывает нарушена структура слова: они не договаривают окончаний, делают пропуски, искажают или заменяют звуки. Заметно страдает и грамматический строй речи. Ослаблен контроль за собственной речью. Нередко страдает понимание речи окружающих; последнее в большей мере относится к детям с выраженной формой умственной отсталости.

Классификацию *Г.Е.Сухаревой* (1969 г.) относят к клинико-патогенетической (Карпунина О.И., Рябова Н.В., 2002). С учетом этиологических факторов и времени его возникновения Г.Е. Сухарева выделяет *три группы:*

I. Неосложненная форма умственной отсталости.

II. Осложненные форму умственной отсталости (с церебрастеническим или гипертензионнными синдромами; с выраженными расстройствами поведения; с эмоционально-волевыми расстройствами).

III. Атипичные формы умственной отсталости (с частыми эпилептическими припадками; с прогрессирующей гидроцефалией; с эндокринными расстройствами, с нарушениями зрения или слуха).

Известна также *классификация* *И.С. Певзнер*. В ее основе лежит клинико-патогенетический подход. Клиническая картина включает в себя сумму факторов и их взаимодействие: этиологию, характер болезненного процесса, его распространение и время поражения (последнее имеет особое значение по отношению к детям). Степень поражения ЦНС может быть различной по тяжести, локализации и по времени наступления. Другими словами, этиология патологического развития может быть самой разнообразной, а это, в свою очередь, определяет индивидуальные особенности физиологического, эмоционально-волевого и интеллектуального развития умственно отсталого ребенка» (Основы коррекционной педагогики, 1999).

С точки зрения эффективной психолого-педагогической коррекции олигофрении такой подход считается наиболее продуктивным.

Ею были выделены следующие формы олигофрении (Карпунина О.И., Рябова Н.В., 2002):

1) неосложненная форма олигофрении;

2) олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов;

3) олигофрения, осложненная психопатоподобными расстройствами поведения;

4) олигофрения, осложненная нарушением в области отдельных анализаторов;

5) олигофрения, осложненная выраженной лобной недостаточностью.

Деменция, по М.С. Певзнер, бывает органическая, эпилепическая, шизофреническая (там же).

По *степени выраженности интеллектуального недоразвития* МКБ-9 выделяла ***дебильность, имбецильность*** и ***идиотию*** (Основы олигофренопедагогики / Мозговой В.М, Яковлева И.М., Еремина А.А., 2006). Они выделяются на основе количественной оценки интеллекта (IQ):

1) нормальное развитие – 71 % и выше;

2) дебильность – 40–70 %;

3) имбецильность – 20–39 %;

4) идиотия – 20 % и ниже.

Классификация по МКБ-9 широко распространена в отечественной олигофренопедагогике в настоящее время. Соотнесем ее с международной классификацией по МКБ-10, которая выделяет четыре степени умственной отсталости: ***легкая, умеренная*** *(переходная форма между дебильностью и имбецильностью),* ***тяжелая*** *(имбецильность)*и ***глубокая*** *(идиотия )*(Олигофренопедагогика: учеб. пособие для вузов / Т.В. Алышева, Г.В. Васенков, В.В. Воронкова и др, 2009).

*Дебильность* является наиболее легкой степенью умственной отсталости. Как правило, она выявляются в более позднем возрасте (дошкольном, раннем школьном) в связи с отставанием в развитии и учебе. С возрастом, при работе с такими детьми, происходит их адаптация, соцализация, овладением навыками письма и чтения. Мышление их конкретно-образное, примитивно, ассоциативное мышление не развито, дети не способы к творческой деятельности. Но, однако, они обучаемы, постепенно выравниваются, могут овладеть несложной работой и куда-либо устроиться, вступить в брак.

*Имбецильность* условно подразделяется на тяжелую и умеренно тяжелую. Речевое развитие отличается примитивностью, односложностью, присутствием штампов, дефектов звукопроизношения. Память механическая, могут овладеть навыками письма и чтения. Эмоциональная сфера более скудна, по сравнению с дебильностью, но более развита, чем при идиотии. Имеются зачатки высших эмоций (сочувствия, переживания). Отличают близких от чужих людей. Прогноз зависит от условий реабилитации, степени дефекта, возраста, в котором началась коррекционная работа. Но им можно привить навыки самообслуживания, однако они нуждаются в постоянном наблюдении и контроле, не способны к самостоятельной жизни.

*Идиотия* – самая тяжелая степень умственной отсталости. Для таких людей характерны тотальность поражения психики; сохранение примитивных ощущений (холод, голод, боль); речь практически отсутствует, нечленораздельна, могут издавать отдельные слова, не понимая их смысла; у них наблюдается отсутствие какой-либо осмысленной деятельности. Ребенок живет на безусловных рефлексах, его моторная деятельность крайне примитивна, нет целенаправленных движений. Часто находятся в неподвижном состоянии (постоянном движении), много стереотипий. Характерны эпизоды двигательной возбудимости, без каких-либо внешних причин. Эмоции самые примитивные, связаны с общим самочувствием (могут меняться от благодушного настроения до агрессивного и аутоагрессивного), при неудовольствии издают крики и вопли. Считаются необучаемыми. Бывают неврологические нарушения (параличи, парезы), множественные дисморфии (изменения внешнего вида), нарушения слуха, зрения, страдают ожирением или истощением. Прогноз неблагоприятный. Нуждаются в постоянном уходе, контроле, нет навыков самообслуживания. Могут наблюдаться извращенные реакции (есть несъедобные вещи), не различать близких и чужих людей.

В США и Западной Европе эти термины (дебильность, имбецильность, идиотия) используются лишь в узком профессиональном кругу специалистов: врачей, дефектологов, психологов и др. В широкой социальной и педагогической практике за рубежом используется обобщающее определение «труднообучаемые». В России для обозначения данной группы пользуются определениями «атипичные дети», «дети с нарушением развития», «дети с нарушением интеллекта» и др.

1. **Причины речевых нарушений, их классификация.**

*Специалисты разделяют причины на две группы:*

1) органические приводят к повреждению центрального (участки мозга, отвечающие за воспроизведение и понимание речи) или периферического (структуры, управляющие артикуляционными органами) речевого аппарата (органы, необходимые для воспроизведения речи);

2) функциональные препятствуют нормальной работе речевого аппарата.

1*. Внутриутробная патология*

Негативные факторы наиболее опасны в первые три месяца беременности. Они могут привести к недоразвитию или повреждению центральной нервной системы ребенка, и в частности речевых зон коры головного мозга. К таким факторам относятся:

Внутриутробная гипоксия (недостаточное кровоснабжение головного мозга) плода. Причины ее могут быть разными: гестоз (токсикоз), нефропатия (более тяжелая стадия гестоза), угроза выкидыша, патология плаценты, повышение артериального давления, соматические (общие) заболевания матери (сахарный диабет, нефрит, заболевания сердечно-сосудистой системы).

Инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, скарлатина, корь, инфекционный гепатит, туберкулез, полиомиелит, токсоплазмоз, герпес, сифилис, ВИЧ-инфекция).

Наиболее опасна краснуха: в первые месяцы беременности она может вызвать серьезные отклонения в развитии ребенка (глухота, слепота, умственная отсталость, пороки сердечно-сосудистой системы).

Цитомегаловирус на ранних стадиях беременности приводит к гибели плода. Если беременность сохраняется, вирус нарушает развитие плода. Вирусный гепатит может вызывать различные аномалии развития плода на всех стадиях беременности.

Травмы, полученные матерью во время беременности, падения и ушибы (особенно в области живота). Могут привести к отслойке плаценты и преждевременным родам.

Несовместимость крови матери и плода. Антитела из крови матери проникают через плаценту и вызывают распад эритроцитов плода, в результате выделяется токсическое вещество - непрямой билирубин. Он повреждает некоторые отделы мозга, что приводит к врожденным нарушениям слуха и речи.

Нарушения сроков вынашивания плода (гестации) - недоношенность (менее 38 недель) и переношенность (более 40 недель).

Курение. Никотин, основной токсический ком понент табачного дыма, отрицательно воздействует на процессы кровообращения в матке и плаценте. Под его влиянием замедляется транспортировка аминокислот от матери к плоду, поэтому малыш плохо прибавляет в весе (дефицит массы тела ребенка при доношенной беременности может достигать 300 г и более, причем он сохраняется в течение первого года жизни). У будущих мам, выкуривающих более 20 сигарет в день, рождаются гиперактивные малыши, таким детям зачастую труднее дается учеба.

Алкоголь и наркотические вещества. Если будущая мама злоупотребляет алкоголем и наркотиками, нарушается физическое и психическое развитие ее ребенка. У таких детей нарушена координация движений, снижен интеллект. Они растут медленнее, отличаются гипервозбудимостью. У них характерные черты лица: удлиненное лицо, низкий лоб, недоразвитый подбородок и ушные раковины; а также косоглазие.

Прием лекарственных препаратов. Есть лекарства, которые будущей маме категорически нельзя принимать, отдельные препараты можно использовать только по рекомендации врача.

Антираковые антибиотики (актиномицин, сарколизин). На ранних сроках беременности приводят к возникновению уродств у плода.

Ототоксические препараты. Антибиотики (стрептомицин, мономицин, канамицин, гентамицин, амикацин, тобрамицин и др.) и диуретики (фуросемид), а также аспирин и хинин становятся причиной развития врожденной глухоты.

Антикоагулянты непрямого действия (дикумарин, пелентан) быстро проникают через плаценту и могут вызвать у плода кровоизлияние в мозг и внутренние органы.

Антидепрессивные препараты (имизин, ами-триптилин) и транквилизаторы (сибазон, мепротан) на ранних сроках беременности приводят к интоксикации плода.

Неудачное прерывание беременности может стать причиной возникновения отклонений в развитии плода.

Работа на вредном производстве (повышенные физические нагрузки, контакт с химически активными вредными веществами, воздействие различных видов излучения, например ультрафиолетового, ионизирующей радиации) на ранних сроках беременности приводит к гибели плода или нарушению развития центральной нервной системы, органов зрения и кроветворной системы плода.

Стресс, который испытывает будущая мама, может приводить к гипоксии плода.

*2. Наследственная предрасположенность, генетические аномалии*

По наследству могут передаваться особенности строения речевого аппарата, например, неправильная посадка и количество зубов, форма прикуса, предрасположенность к дефектам строения твердого и мягкого нёба (расщелины нёба), а также особенности развития речевых зон головного мозга и даже заикание.

Если один из родителей поздно начал говорить, подобные проблемы могут возникнуть и у ребенка. Хотя речевые нарушения не всегда передаются по наследству, но исключать такую возможность нельзя.

*3. Неблагоприятные роды и их последствия*

Родовые травмы, вызывающие внутричерепное кровоизлияние, могут повредить речевые зоны головного мозга. Причины их могут быть разными: узкий таз матери, наложение щипцов на голову малышу (это делают, чтобы помочь ему появиться на свет).

Асфиксия - недостаток снабжения головного мозга кислородом из-за нарушения дыхания, например, при обвитии пуповины. Вызывает минимальные повреждения головного мозга.

Малая масса тела новорожденного (менее 1500 г) и последующее проведение интенсивных реанимационных мероприятий, например искусственная вентиляция легких более 5 дней.

Низкий балл по шкале Апгар (общепринятый метод оценки состояния новорожденного непосредственно после рождения).

*4. Заболевания, перенесенные ребенком впервые годы жизни*

Инфекционно-вирусные заболевания, нейроинфекции (менингоэнцефалит, менингит) могут вызвать снижение или потерю слуха.

Травмы и ушибы головного мозга. В тяжелых случаях приводят к внутричерепным кровоизлияниям, в результате речь ребенка ухудшается, он может даже перестать говорить.

Травмы лицевого скелета (повреждения нёба, выпадение зубов) мешают ребенку научиться правильно произносить звуки и слова.

Длительные простудные заболевания, воспалительные заболевания среднего и внутреннего уха, приводящие к временному или постоянному снижению слуха, нарушают речевое развитие ребенка.

Прием ототоксических антибиотиков приводит к снижению слуха.

Малышу, который растет в неблагоприятных социально-бытовых условиях, не хватает эмоционального и речевого общения с близкими, особенно с мамой. Часто таких детей называют "трудными". В сороковых годах прошлого века появился термин синдром госпитализма. Это понятие возникло в домах ребенка, где жили дети, родители которых погибли во время войны. Несмотря на хорошие бытовые условия, среди прочих проблем у детей отмечалась задержка речевого развития. Дело в том, что обслуживающий персонал не мог уделять каждому ребенку столько же внимания, сколько родная мама. А для того чтобы научиться говорить, малышу необходимо слышать речь окружающих, иметь возможность задавать вопросы и получать на них ответы.

Дети, которые часто и долго болеют (соматическая ослабленность), могут начать говорить позже своих сверстников.

Сильный испуг или стресс, психические заболевания могут вызвать заикание, задержку речевого развития, мутизм (ребенок перестает разговаривать с окружающими из-за психической травмы).

Все маленькие дети подражают речи окружающих людей. Если ребенок общается с людьми с нарушениями речи, он может копировать неправильные варианты произношения некоторых звуков (например, Р и Л), темп его речи ускоряется. Известны случаи появления заикания по подражанию. Неправильную форму речи усваивает слышащий ребенок, которого воспитывают глухие родители.

Речь дошкольника еще не совершенна, и перечисленные неблагоприятные факторы могут легко нарушить ее развитие. В этом возрасте выделяют несколько так называемых критических периодов развития речи: в 1-2 года интенсивно развиваются речевые зоны головного мозга; в 3 года малыш осваивает фразовую речь; в 6-7 лет он поступает в школу и овладевает письменной речью.

В эти периоды увеличивается нагрузка на центральную нервную систему ребенка, что создает предрасполагающие условия для нарушения речевого развития или так называемого "срыва" речи (заикание). Однако необходимо помнить об уникальных компенсаторных возможностях мозга ребенка. Если родителям, специалистам удалось рано обнаружить проблему и своевременно оказать малышу квалифицированную помощь, ее можно значительно уменьшить и даже устранить.

На то, что "ребенок не говорит", жалуются родители детей разного возраста.

Отсутствие первых слов может беспокоить родителей годовалого малыша, особенно если это их первенец и у них нет возможности сравнить его речевое развитие со старшими детьми. Распространенное мнение о том, что ребенок должен начать говорить в год, не совсем верно. Исследователи детской речи говорят о вариативности границ речевого развития ребенка. Это значит, что у каждого малыша свой индивидуальный темп обучения. Первые слова могут появиться в возрасте от 9 месяцев до 1 года 3 месяцев, причем у мальчиков несколько позже, чем у девочек. Внимание!

Если в 2 года малыш не лепечет или не произносит ХОТЯ бы несколько слов" а в 3 года не говорит фразы - это серьезный повод для беспокойства.

Рассказывая о причинах задержки речевого развития, мы будем пользоваться общепринятой терминологией, которую вы можете встретить в литературе. Это означает, что при нормальном развитии интеллекта и хорошем понимании речи окружающих у малыша запаздывают сроки появления речи. Начав говорить, такой ребенок быстро догоняет своих сверстников. Как определить, что у малыша темповая задержка речи?

Ребенок хорошо понимает то, что ему говорят взрослые. Предложите крохе выполнить несколько заданий, они помогут узнать, насколько хорошо он понимает вашу речь. В 2 года ребенок хорошо понимает простые инструкции и задания:

Иди ко мне на ручки.

Принеси мне мишку.

Покажи на картинке машинку (зайчика, куклу и др.).

Еще один показатель - стойкая реакция на собственное имя. Закройте губы листком бумаги и назовите шепотом имя малыша. Он должен обернуться.

В 3 года ребенок хорошо понимает простые инструкции и задания:

Посади куклу на стул (под стул, рядом со стулом).

Спрячь куклу за стулом.

Возьми книгу, подойди к столу и положи книгу на стол.

Принеси маме папину рубашку.

Покажи на картинке, где девочка догоняет мальчика, а где мальчик догоняет девочку.

У малыша хорошее слуховое внимание. Это значит, что он узнает и различает звуки окружающей среды, бытовые шумы (пение птиц, гудение автомобиля, звонок в дверь, стук молотка), определяет местонахождение источника звука. Малыш различает голоса людей, звукоподражания голосам животным, показывает на картинке предмет, который вы называете.

В предшествующий период развития (в том числе и внутриутробный) на организм ребенка не воздействовали так называемые тяжелые вредоносные факторы. Темповая задержка речевого развития чаще всего возникает, если ребенок часто болеет, ослаблен, родители неправильно воспитывают его (например, почти не разговаривают с ним, игнорируют его, когда он хочет общаться).

Ребенок любознателен, проявляет интерес к предметам и явлениям окружающего мира. Поскольку такой малыш не может задавать вопросы, чтобы получить нужную информацию, он часто подводит взрослого к интересующему его предмету, показывает на него пальцем, мимикой и интонацией демонстрируя свою заинтересованность.

Малыш использует другие способы общения (вокализации, жесты, мимика, интонация). Он хочет общаться с окружающими и старается привлечь их внимание, например тянет вас за одежду, поворачивает ваше лицо к себе или интересующему его предмету.

Ребенок с темповой задержкой развития речи может начать говорить совершенно неожиданно, без специального обучения, и в дальнейшем его речь развивается как у сверстников. Некоторые дети совершают резкий переход от небольшого набора слов к фразовой речи. Лингвисты называют такой скачок языковым взрывом. Чаще всего это происходит летом, когда ребенок получает большое количество новых впечатлений, а его организм крепнет.

Однако многим детям нужен "пусковой толчок", чтобы они начали говорить. Таким стимулом могут стать игровые занятия в группе со сверстниками, которые уже умеют говорить, занятия по развитию речи у логопеда. Не стоит терпеливо ждать, когда ребенок заговорит самостоятельно. Лучше проконсультируйтесь со специалистами: они дадут вам полезные рекомендации, как преодолеть задержку развития речи ребенка.

Алалией называют полное или частичное отсутствие речи. Она возникает в результате повреждения речевых отделов коры головного мозга в период внутриутробного развития или в раннем возрасте. У ребенка с алалией задержка развития речи не связана со снижением слуха или нарушением интеллекта. Однако без специального обучения такие дети не могут научиться говорить самостоятельно, некоторые малыши не начинают говорить вплоть до предшкольного возраста, а в редких случаях до более позднего времени. Если коррекционное обучение и лечение проводятся поздно (после 4-5 лет), у ребенка начинает отставать и интеллектуальное развитие, потому что запас его знаний об окружающем мире намного меньше, чем у говорящих сверстников.

При алалии нарушаются все стороны речевого развития ребенка: ухудшаются произношение, речевой слух и способность усваивать грамматические правила родного языка, резко уменьшается словарный запас и др. Малыш не усваивает правила функционирования всех подсистем родного языка, поэтому алалию называют системным расстройством речи. В зависимости от локализации (расположения) очага повреждения может быть нарушено развитие разных речевых зон головного мозга. Если поражены двигательные (моторные) зоны головного мозга, у ребенка отмечаются трудности порождения речи: он понимает обращенную к нему речь, но не говорит. Это так называемая моторная алалия.

Если повреждены сенсорные речевые зоны, отвечающие за восприятие и узнавание речи, ребенок плохо понимает обращенную к нему речь, в результате нарушается формирование собственной речи малыша. Такую форму алалии принято называть сенсорной. Чаще всего встречается смешанная форма - сенсомоторная алалия, при которой одновременно нарушаются и понимание речи и способность говорить.

При алалии может ухудшиться память и умение концентрировать внимание. Если не провести необходимое обучение и медицинское лечение, с возрастом увеличивается вероятность нарушения интеллектуального развития ребенка. Отсутствие речи может повлиять на характер малыша: появляется страх речи и даже речевой негативизм (нежелание говорить). Чем раньше начинается лечение и коррекционное обучение, тем лучше прогноз не только для речевого, но и для интеллектуального развития ребенка.

Под анартрией понимают отсутствие речи, вызванное поражением мышц или нервов, участвующих в произношении. Чаще всего это нарушение встречается при тяжелых формах детского церебрального паралича. Ребенок не может говорить, потому что у него повреждены отделы мозга, управляющие движениями мышц речевого аппарата: языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки.

Анартрия может сочетаться с другими речевыми нарушениями, например с алалией, что осложняет специальную коррекционную помощь и прогноз речевого развития малыша. Однако специалисты помогут найти способы, которые научат вашего малыша общаться с вами с помощью жестов, пиктограмм (рисунков-схем) или других доступных ему средств.

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Дети с нарушениями речи подразделяются на ряд субкатегорий в зависимости от этиопатогенеза, клинической формы речевого дефекта, глубины и системной распространенности речевого расстройства, задач, содержания и методов логопедического воздействия. Глубокие нарушения различных сторон речи, ограничивающие возможности пользования языковыми средствами общения и обобщения, вызывают специфические отклонения со стороны других высших психических функций — внимания, памяти, воображения, вербально-логического мышления, эмоционально-волевой и личностной сферы и др., которые часто осложняют картину речевого нарушения ребенка. Качественная специфика и выраженность таких отклонений вторичного порядка связана с формой и глубиной речевого расстройства, а также со степенью зрелости речевой системы и других высших форм поведения ребенка к моменту действия патологического фактора.

Современные классификации речевых нарушений ориентированы, в первую очередь, на дифференциацию первичных нарушений. Речевые нарушения у детей и подростков рассматриваются в различных аспектах:

• в аспекте локализации поражения и психофизической организации речевой деятельности (сенсомоторный уровень; уровень значений и смысла). На этой основе выделяется степень выраженности ряда речевых дефектов. Такой подход близок к нейропсихологическому направлению в изучении речевых нарушений и применяется наиболее широко в комплексных исследованиях детей школьного возраста и подростков;

• в аспекте этиопатогенеза. Выделяются органические и функциональные причины нарушения и характерные симптомокомплексы речевых нарушений. В настоящее время этот подход отражен в клинико-педагогической классификации:

Нарушения устной речи

Расстройства фонационного оформления речи:

- афония, дисфония — отсутствие или нарушение голоса,

- брадилалия — патологически замедленный темп речи,

- тахилалия — патологически убыстренный темп речи,

- заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата,

- дислалия — нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата,

- ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизнесения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата,

- дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Нарушение структурно-семантического оформления высказывания:

- алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга,

- афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи

К ним относятся:

- дислексия (алексия) — частичное (полное) нарушение процессов чтения,

- дисграфия (аграфия) — частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Психолого-педагогическая классификация строится на основе лингвистических и психологических критериев:

Нарушение языковых средств общения (компонентов языковой системы):

- фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН), т.е. нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами, вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

- общее недоразвитие речи (ОНР 1—4-го уровня), которое объединяет сложные речевые расстройства, когда у детей по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

Нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности (коммуникативный аспект):

- заикание, проявления речевого негативизма и др.

Положительным в клинико-педагогической классификации является то, что она строится на признаках, максимально дифференцирующих виды речевых нарушений, позволяющих логопеду на основании комплексного подхода квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществлять логопедическое воздействие с максимальным учетом индивидуальных особенностей ребенка.

В то же время в приведенной классификации не учитывается принцип системного подхода, который основывается на системном строении и системном взаимодействии различных компонентов речи: звуковой (произносительной) ее стороны, фонематического восприятия, лексико-грамматического строя, а также на взаимосвязи нарушений речи с другими сторонами психического развития ребенка.

Логопедическая наука и практика в настоящее время ориентируются на обучение и воспитание детей с нарушением развития речи и на необходимость разработки содержания и методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей. В 60-70 гг. в ИКП РАО была разработана психолого-педагогическая классификация на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых в большей степени учитываются структурные компоненты речевой системы; функциональные аспекты речи; соотношение видов речевой деятельности. Схематически психолого-педагогическая классификация выглядит следующим образом:

Нарушение языковых средств общения (компонентов речи):

фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН), т.е. нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами, вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

общее недоразвитие речи (ОНР 1 - 3-го уровня, нерезко выраженное общее недоразвитие речи), которое объединяет сложим речевые расстройства, т. е. те случаи, когда у детей по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой cистемы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

Нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности (коммуникативный аспект):

заикание,

проявления речевого негативизма и др.

В данной классификации нарушения письма и чтения трактуются как отсроченные проявления ФФН и/или ОНР, обусловленные у детей несформированностью фонетических и морфологических обобщений в устной речи.

1. **Специальное обучение и воспитание при аутизме. Система коррекционно- педагогической помощи.**

Система помощи лицам с аутизмом начала впервые формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х гг. Нужно, однако, отметить, что первая в Европе (и, по-видимому, в мире) школа для аутичных детей - Sofienskole - начала функционировать в Дании в 1920 г., когда ни в психиатрии, ни в специальной педагогике понятие детский аутизм еще не было сформулировано. Кроме того, предысторией развития системы помощи детям с РДА можно считать появление в конце 50-х гг. небольшого количества частных учреждений, чья деятельность основывалась на принципах различных вариантов психоанализа.

Как известно, РДА с позиций психоанализа есть следствие конфликта между ребенком и окружающим миром, прежде всего между ребенком и матерью, которая, по мнению психоаналитиков, своей доминантной, жесткой, холодной активностью подавляет развитие собственной активности ребенка («мама - холодильник»). Эти представления не подтвердились, но они стимулировали создание общественных организаций (в Англии в 1962 г., в США в 1965 г.), объединявших прежде всего родителей аутичных детей, юридически обладавших правами представлять интересы лиц с аутизмом. Именно родительские общественные объединения сумели во многих странах заставить государство выполнять свои обязанности по реализации конституционного права своих аутичных граждан на адекватное их возможностям образование. Консерватизм государства в развитии системы помощи лицам с аутизмом объяснялся, однако, не только типичной для любой страны инертностью структур управления. Очень большую роль играл экономический фактор. Обучение и воспитание аутичных детей требует (по крайней мере на начальном - и иногда весьма длительном этапе) индивидуальной работы, что приводит к резкому удорожанию стоимости образовательных услуг. По данным официальных документов штата Нью-Джерси, стоимость обучения одного аутичного ребенка составляет 29 тыс. долларов в год при стоимости обучения одного ребенка в массовой школе 10 тыс. долларов в год. Решение о создании системы помощи лицам с аутизмом не могло быть не принято уже с позиций соблюдения прав человека, однако очень существенным (а может быть, и важнейшим) был экономический фактор. Ответ на вопрос: «Что дороже: пожизненно платить пособие тяжелому психическому инвалиду с аутизмом и обеспечивать его существование хотя бы в минимально приемлемых условиях или сделать попытку адаптировать его к жизни, дать возможность учиться и работать и сделать его относительно активным членом общества?» был решен в пользу специального обучения и воспитания детей и подростков с аутизмом. Теоретически это выгоднее, но при условии достаточно высокого процента выхода воспитанников на непсихотический уровень, т. е. на уровень возможности самостоятельной жизни. «Лимитирующим фактором» в экономике образования применительно к детскому аутизму представляется фактор эффективности обучения, который, в свою очередь, зависит от методического и организационного обеспечения процесса коррекционного обучения.

В методическом плане подходы к коррекции РДА в США, Японии и странах Западной Европы чрезвычайно многообразны. Так, справочник Национального аутистического общества Великобритании (National autistic society, NAS) «Подходы к коррекции аутизма» (1995) включает более семидесяти пунктов, хотя практическое значение имеют не более чем пять, и в первую очередь опе-рантное обучение (на основе бихевиориальной психологии) и программа ТЕАССН (аббревиатура от Treatment Education of Autistic Children and Children with relative Handicap).

Оперантное обучение (поведенческая терапия) достаточно широко распространено в США и некоторых других странах (Норвегия, Южная Корея, ряд арабских стран, в некоторой степени Германия). Метод предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых различных аспектах: социально-бытовом развитии, речи, овладении учебными предметами и производственными навыками. Обучение проводится в основном индивидуально. Формально эффективность метода достаточно высока: до 50-60% воспитанников становятся способны и овладевают программой массовой школы, получают возможность работать достаточно успешно для того, чтобы обеспечить свое существование, а в отдельных случаях даже поступают в колледжи и университеты.

Вместе с тем полученные в ходе обучения навыки с трудом переносятся в другие условия, носят ригидный, в большей или меньшей степени механический, «роботоподобный» характер, и желаемый уровень гибкой адаптации к жизни в обществе, как правило, не достигается, а если это и происходит, то не только благодаря, но и в значительной степени и вопреки использованному методу.

ТЕАССН-программа начала разрабатываться Э. Шоплером, р. Райхлером и Г. Месибовым в начале 70-х гг. в университете штата Северная Каролина и сейчас в этом и в некоторых других штатах является государственной, она широко распространена во многих странах Европы, Азии, Африки. При некотором сходстве отдельных методических черт ТЕАССН-программы и оперантного обучения между ними есть различия концептуального порядка.

Тщательное изучение особенностей психики аутичных детей привело многих зарубежных авторов к выводу, что при аутизме мышление, восприятие и психика в целом организованы совсем иначе, чем в норме: восприятие носит в основном симультанный характер, дети не усваивают или усваивают с большим трудом сукцессивно организованные процессы, у них особый характер мышления.

Эти особенности психики затрудняют, а в тяжелых случаях делают невозможной адаптацию к окружающему миру, и, по мнению сторонников ТЕАССН-программы, следует направлять усилия не на адаптацию ребенка к миру, а на создание соответствующих его особенностям условий существования.

Усилия направляются на развитие невербальных форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков. Обучение речи считается целесообразным только при IQ > 50% и не расценивается как обязательное, так же как и воспитание учебных и профессиональных навыков. В основе конкретных методик - четкое структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний), опора на визуализацию.

ТЕАССН-программа практически никогда не обеспечивает Достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро достичь положительных устойчивых Изменений в работе даже с очень тяжелыми случаями аутизма. Цель - добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» достигается, но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях. Организационно идеальными считаются развитие и жизнь домашних условиях, так как именно семья - «естественная среда существования» для аутичного ребенка. Этот тезис делает работу с родителями чрезвычайно важной.

Помимо оперантной терапии и программы ТЕАССН на Западе используются холдинг-терапия (М. Уэлш), терапия «ежедневной жизнью» (К. Китахара), терапия «оптимальными условиями» (Б. и С. Кауфманы) и др.

Из отечественных подходов к коррекции аутизма наиболее известна предложенная К.С. Лебединской и О.С. Никольской методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции основанная на представлении об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. В отличие от зарубежных методов большое значение отводится комплексности - постоянному взаимодействию педагогов, психологов и врачей-психиатров. Основные усилия направляются на коррекцию эмоциональной сферы, на эмоциональное тонизирование ребенка. Метод достаточно эффективен при работе с относительно легкими формами РДА, применение же его для случаев с глубокими аутистическими расстройствами представляется весьма проблематичным.

Считается, что синдром раннего детского аутизма (РДА) изучается в России более 50 лет, со времени выхода в 1947 г. статьи С.С.Мнухина «О невро- и психопатических изменениях личности на почве тяжелого алиментарного истощения у детей». В дальнейшем РДА на протяжении более 30 лет рассматривался в нашей стране только как медицинская проблема. Однако помещение аутичных детей в психиатрический стационар не давало, как правило, положительных результатов, а нередко за счет отрыва от семьи, изменения привычного окружения приводили к ухудшению состояния. И лишь со второй половины 70-х гг. благодаря работам ленинградских (Д.Н. Исаев, В.Е. Каган и др.) и особенно московских (К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др.) психиатров и психологов постепенно стало складываться представление о РДА как об особом отклонении психического развития, из чего следовала необходимость не только и не столько медикаментозного лечения, сколько коррекционного обучения и воспитания с использованием особых, специфических для РДА форм и методов. Такая точка зрения была официально закреплена решением Президиума АПН СССР в 1989 г. Однако, несмотря на значительные успехи в научных медицинских и психологически исследованиях, а также на интересные, обнадеживающие результаты экспериментально-методической работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, ранним аутизмом, в России не создано.

Различные случаи позволяют заключить, что при потенциально сохранном интеллекте и даже определенных способностях, обучение аутичных детей в массовой школе требует специальной психолого-педагогической поддержки. Осуществлять такую поддержку могли бы сами педагоги (но они, как правило, к этому не готовы) или специальные педагоги-помощники (супервайзеры). Последнее, однако, не предусмотрено школьным штатным расписанием и вряд ли возможно по экономическим соображениям: финансирование такой единицы недоступно бюджету образования Бельгии, Дании, США и многих других стран. В Великобритании, например, такая должность в принципе допускается, но только за негосударственный счет, т.е. фактически за счет родителей.

Кроме того, работа как основного педагога, так и педагога-помощника требует определенного уровня специальных знаний, что, к сожалению, пока на практике встречается нечасто. В целом можно заключить, что такой вариант обучения аутичных детей не только возможен, но и необходим, но его осуществление требует ряда условий:

– опережающей готовности ребенка к школьному обучению в плане академических навыков;

– определенного уровня социальной адаптации, способности к жизни в коллективе;

– психолого-педагогической поддержки специалистов по коррекции РДА;

– достаточной дефектологической подготовленности учителя массовой школы;

– юридической защищенности аутичного ребенка, обучающегося в массовой (или иной) школе, т.е. учитывать особенности такого ребенка должно быть вменено в обязанность учителя и администрации.

В приведенных примерах стоящие перед педагогом ДОУ или общеобразовательной (массовой) школы проблемы очерчены достаточно ясно и решение достаточно просто: индивидуальный подход с учетом таких проявлений аутизма, как ранимость, повышенная пресыщаемость и утомляемость, неравномерность развития интеллектуальных, речевых и моторных навыков, замедленность реакции, отсроченность результатов обучения (ребенок часто отвечает не тотчас, а спустя некоторое время), трудность восприятия фронтальных занятий (эффективнее индивидуальные), трудности при ответе у доски и др. Учителю не следует торопиться с выводами и организационными решениями, надо попытаться понять причины нарушений поведения ребенка и неудач в учебе, повнимательнее расспросить о нем родителей и при малейшем подозрении, что у ребенка аутизм, обратиться за консультацией к специалисту (педагогу, психологу, детскому психиатру) соответствующего профиля.

Очень часто вслед за трудностями первого периода приходят положительный результат и удовлетворение, и это тем более ценно и приятно, что во всем мире признано: работа с аутичным ребенком - едва ли не самое сложное, что есть в современной специальной педагогике.