**МБУ «Центр информационно-методического сопровождений образовательных организаций» г. Алушты**

**ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

**2015г.**

**ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Перед медико-психолого-педагогическими службами стоит задача углубленного изучения особенностей психического развития каждого ребенка для определения адекватных индивидуализированных мероприятий коррекционно-воспитательного, развивающего и лечебно-профилактического воздействия.

Важно определить не только то, что ребенок знает и умеет, но и чем он может овладеть при оказании ему соответствующей помощи.

Основываясь на различные аспекты уровневого подхода к анализу нарушений речи и других отклонений в развитии, особенно на деятельностно-процессуальный и симптомологический, речь ребенка рассматривается как специфическая, иерархически организованная деятельность. Выделяются разные уровни порождения речевого высказывания:

- мотивационный,

- смысловой,

- языковой

-сенсомоторный. При разных видах нарушений развития у детей отмечается несформированность одного или нескольких из названных уровней. Как всякая другая деятельность, речь характеризуется мотивированностью, целенаправленностью, определенной структурой.

В системе (или структуре) порождения речевого высказывания могут нарушаться один или несколько звеньев, а иногда сформированными оказываются все звенья этой системы. Соответственно коррекционная работа направляется на формирование отсутствующего компонента.

Для порождения речевого высказывания необходимо, чтобы у ребенка был мотив к высказыванию, замысел речи, чтобы было предвосхищение конечного результата речевого действия, планирование (то есть программирование) высказывания, отбор и выбор лексики (причем отбор тематический - вскрывает пласт лексики, связанной с определенной темой, а выбор семантический - как сказать точнее и правильнее), затем грамматическое структурирование и, наконец, реализация высказывания (проговариваются слова, предложения) и контроль за речевым действием. Таким образом, при порождений речевого высказывания имеют место языковые операции (рече-мыслительная деятельность) и речевые действия. При разных нарушениях отмечается недостаточность того или другого компонента либо того и другого одновременно.

Недоразвитие речи отрицательно влияет на общее психическое развитие ребенка, затрудняет его общение с окружающими. Речевые нарушения отмечаются практически при всех видах отклонений в развитии детей: при умственной отсталости, при задержках психического развития, при детском церебральном параличе, при нарушениях слуха, зрения. Однако в каждом из названных случаев нарушения речевой деятельности имеют своеобразный характер и специфическую структуру. В каждом случае требуется особая система коррекционно-воспитательного воздействия. Каждый из видов нарушений развития глубоко проанализирован в специальной литературе

Специалисты в психолого-медико-педагогических консультациях (ПМПК) и работники детских дошкольных учреждений должны быть достаточно ориентированы в вопросах дифференциальной диагностики разного рода нарушений развития ребенка, иметь представление о современных методах их лечения и психолого-педагогической коррекции.

Одни нарушения носят центральный характер, другие - периферический. В одних случаях нарушается речевое либо интеллектуальное развитие, в других выявляется сенсорный дефект (нарушения слуха, зрения и т.д.), иногда нарушения касаются двигательной сферы. Одни нарушения более легкие, другие носят тяжелый органический характер. В последнее время чаще встречаются не тяжелые, а слабо выраженные (или, как их еще называют, парциальные, частичные) нарушения, но в сочетании, что делает затруднительным их выявление, оценку и организацию коррекционного воздействия.

**Методолого-методических принципы** комплексного психолого-педагогическое коррекционного воздействия на детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии:

- ***принцип*** ***системности,***

*-* ***принцип последовательности* *в работе***,

- ***принцип*** ***дифференцированного и индивидуального похода к ребенкy****,*

*-* ***принцип* *доступности***

-***онтогенетический***принцип, который подразумевает учет возрастных, психофизических особенностей детей, характера имеющегося у них нарушения. Этот принцип ориентирует коррекционное воздействие на устранение или сглаживание, коррекцию или компенсацию нарушений интеллектуального, речевого, сенсорного, двигательного и эмоционального дефекта, на создание полноценной основы для последующего саморазвития личности, которое возможно только при сформированности ключевых звеньев развития.

Пластичность коры головного мозга обусловливает развитие ребенка даже в тяжелых патологических условиях. В paботе важно определять наиболее сохранные звенья в речеслуховой, речедвигательной, зрительной, двигательной системах и опираться именно на них.

***- деятельностный принцип*** *-* один из важнейших принципов коррекционного воспитания и обучения. Он подразумевает проведение работы с ребенком при организации совместной с ним деятельности.

Принципы и приемы психолого-педагогического воздействия в преодолении отклонений в развитии ребенка опираются на учет сензитивных (наиболее чувствительных) периодов развития каждой психической функции и разных видов деятельности ребенка.

**Недоразвитие органов слуха и зрения** лишает ребенка важнейших источников информации, что приводит к задержке психического и речевого развития, особенно если ребенок лишился слуха или зрения в раннем возрасте. Степень выраженности отставания в психическом развитии зависит от причин, тяжести и времени возникновения нарушения слуха или зрения. Чем раньше и тяжелее нарушены слух или зрение, тем более выражена у ребенка задержка психического и речевого развития. Недоразвитие всех компонентов речи (звукопроизношения, словаря, грамматического строя, связной речи) тормозит формирование абстрактно-логического мышления ребенка. Большое значение для состояния ребенка имеет и характер коррекционного воздействия.

Социальная адаптация детей с нарушенным слухом или зрением часто осложняется ***эмоциональными и поведенческими расстройствами****,* которые формируются как вторичные отклонения из-за первичного дефекта и социальной депривации, возникающей из-за раннего госпитализма (длительного пребывания маленького ребенка в лечебном учреждении), неадекватных условий воспитания ребенка в семье. Поведенческие и эмоциональные нарушения детей с такими дефектами могут быть обусловлены и наличием органического поражения центральной нервной системы.

**У детей с нарушением зрения** (слепых или слабовидящих) отмечается *ограниченность знаний и представлений об окружающем, недостаточность абстрактного мышления, неточная предметная соотнесенность слов.* Нарушение зрения тормозит развитие двигательных навыков, у детей невысокая моторная активность, оптико-пространственное недоразвитие, общая медлительность, повышенная утомлямость и истощаемость.

Нарушение зрения сказывается на взаимодействии необходимых для правильного развития речи *анализаторных систем:*

слуховой, двигательной и тактильной. У детей отмечается замедление темпа психического, в том числе и речевого развития. У такого ребенка значительно сужены возможности общения, взаимодействия с окружающим миром; он нуждается в помощи взрослого при организации предметной и игровой деятельности. Его информативные связи сужены, ребенок не может нормально общаться с окружающими.

У детей с глубокими, тяжелыми нарушениями зрения отмечаются *системные нарушения речи* (несформированность фонетико-фонематической и лексико-грамматических сторон).

Состояние психических процессов детей с нарушениями зрения зависит от микросоциальной среды, от стимулирования общей и речевой активности ребенка и от ряда других факторов.

**Нарушения в развитии речи**. В этой группе нарушений отмечаются ***отклонения в развитии звуковой стороны речи****.* Есть дети, у которых полностью не сформирована система фонем (звуков родного языка): они пропускают, искажают, заменяют разное количество звуков всех фонетических групп. В основе этого могут лежать дефекты строения артикуляционного аппарата, нарушение его подвижности, деятельности, нарушения фонематического восприятия (ребенок не слышит звуков речи *к* их последовательности в словах - какой звук первый, последний и т.д.; не различает (не дифференцирует) близкие по звучанию фонемы: шипящие-свистящие, твердые-мягкие, глухие-звонкие звуки и др.).

Иногда неправильное звукопроизношение связано с дефектной речью окружающих, ребенок говорит плохо, подражая неправильной речи взрослых. Нарушение звукопроизношения может быть следствием педагогической запущенности, отсутствия внимания к развитию речи ребенка. В других случаях нарушение звукопроизношения может быть проявлением какого-то более серьезного, органического нарушения, неполадок в центральной нервной системе ребенка, ведь речь - это одна из функций центральной нервной системы.

Нарушения звукопроизношения бывают *простыми,* если нарушены один или несколько звуков из одной фонетической группы, и *сложными,* когда нарушены звуки разных фонетических групп.

Некоторые особенности звукопроизношения ребенка младшего возраста расцениваются как физиологические особенности речи, так как примерно до 5 лет у ребенка еще недостаточно развита подвижность артикуляционного аппарата (артикуляционная моторика) и недостаточно сформировано фонематическое восприятие. Но это не значит, что логопедическое воздействие надо откладывать на более позднее время. Логопедическую работу в таких случаях надо начинать как можно раньше, чтобы по возможности раньше устранить имеющиеся недочеты.

Нарушения звукопроизношения называются ***дислалией****.*

Различают ***механическую дислалию****,* когда нарушения звукопроизношения связаны с нарушением строения артикуляционного аппарата:

- неправильный прикус (соотношение верхней и нижней челюстей: чрезмерно выступает вперед верхняя или нижняя челюсть, не совпадают средние линии - середины челюстей, перекос нижней челюсти);

- короткая подъязычная связка (уздечка языка), чрезмерно большой (макроглоссия) или очень маленький, узкий язык - (микроглоссия). В таких случаях необходима консультация (а иногда и лечение) у ортодонта, стоматолога, оториноларинголога.

Нарушения звукопроизношения при правильном строении артикуляционного аппарата называют ***функциональной дислалией****.* В этих случаях дефект связан с нарушением функции артикулирования (неточные, неправильные движения артикуляционного аппарата) или с нарушением восприятия фонем.

Если логопедические занятия не начаты своевременно, то в школьном возрасте при обучении грамоте у ребенка обнаружатся затруднения. (По словам И.П. Павлова, речь, или речевой рефлекс, возникает по подражанию речи окружающих и закрепляется в ходе речевой практики). Речевой опыт, стаж пользования правильной речью - необходимое условие для овладения чтением и письмом. Ребенок должен при пользовании речью проделать необходимую аналитико-синтетическую работу со звуками, слогами, словами, предложениями, что составляет необходимый фундамент для овладения письменной речью - чтением и письмом.

Часто встречается другой тип нарушения звукопроизносительной стороны речи - ***дизартрия.*** В таких случаях дефект не исчерпывается плохим звукопроизношением. У ребенка отмечаются и нарушения просодической стороны речи - темпа (замедленный или убыстренный), ритма и плавности (речь скандированная (послоговая), фрагментарная, скачкообразная) и интонирования.

**Дизартрия** - это нарушение звуковой системы языка (звукопроизношения, просодики, голоса) в результате органического поражения центральной нервной системы. С неврологической точки зрения, по месту локализации (поражения нервной системы) различают дизартрии *корковые, подкорковые, мозжечковые, бульбарные* и *псевдобульбарные.*

Независимо от формы локализации и дизартрии отмечаются нарушения произносительной стороны речи, в то же время лексико-грамматическая сторона и понимание речи могут быть либо сохранными, либо вторично задерживается их формирование из-за нарушения звуковой стороны речи.

В практике дошкольной дефектологии наиболее часто встречается ***псевдобулъбарная дизартрия*** *-* одно из проявлений псевдобульбарного паралича или пареза, в результате какого-то внутриутробного, природового или прижизненного повреждения (травмы, энцефалиты и др.) нервной системы ребенка.

Произношение детей с дизартрией неясное, нечеткое, смазанное, с носовым оттенком (гнусавое, назализованное). Отмечаются грубые нарушения динамики (выполнения отдельных движений), статики (удержание определенной артикуляции движения его затруднены и неточны). Отмечаются нарушения не только речевой, но и внеречевой моторики артикуляционного аппарата: ребенок плохо жует, глотает, давится, поперхивается. В тяжелых случаях ему дают только жидкую и вязкую пищу, иную он глотать не в состоянии. Нарушено речевое дыхание: оно поверхностное, короткое, воздушная струя, являющаяся энергетической основой речи, слабая и ненаправленная. Голос тихий, приглушенный.

Коррекционно-педагогическое (и логопедическое в его составе) воздействие осуществляется на фоне медицинской работы. При этом специалисты опираются на сохранные у ребенка функции. Воздействие направляется на развитие не только речи, но и личности ребенка в целом, ибо при центральных речевых нарушениях, к числу которых относится и дизартрия, личность ребенка (в первую очередь интеллект и эмоционально-волевая сфера) оказывается в той или иной мере нарушенной.

**Практическое различение детей со стертой (легкой, едва уловимой) формой псеводобульбарной дизартрии и детей с функциональной дислалией.**

Диагностически значимыми являются следующие показатели:

- при стертой форме дизартрии язык при высовывании беспокоен (так называемое продольное или поперечное беспокойство языка), отмечаются гиперкинезы, тремор кончика языка, а при дислалии язык спокоен.

- при стертой форме дизартрии при высовывании язык отклоняется от средней линии, а при дислалии он расположен по средней линии. Эти два показателя - беспокойство языка и его отклонение при дизартрии - возрастают после функциональной нагрузки на язык (лакательные движения). Беспокойство и отклонения языка в период утомления при стертой форме дизартрии становятся более выраженными. При дислалии же, особой разницы в состоянии языка до и после лакательных движений не выявляется.

- при стертой форме дизартрии высунутый язык меняется в окраске: от белесого до синеватого, что связано с сосудистой игрой в языке.

Сосуды иннервируются нервами, и при дизартрии в силу имеющегося пареза какой-то участок языка становится обескровленным, а в другом отмечается повышенное кровенаполнение.

- при стертой форме дизартрии родители отмечают у ребенка некоторые затруднения в жевании, глотании. Имеется повышенная саливация (слюнотечение), некоторая амимичность лица, незначительная назализация. Этих явлений не бывает при дислалии, и для проводимой с ребенком работы можно будет с большей долей вероятности говорить о наличии органического (хотя и достаточно легкого) поражения артикуляционного аппарата. Паретичность артикуляционной мускулатуры может быть не грубой и выявляется только при углубленном неврологическом, нейропсихологическом и логопедическом обследовании.

К тяжелым случаям нарушений речи относится ***ринолалия*** *-* нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, в первую очередь - голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба. Речь ребенка долго остается невнятной из-за назализации и нарушения произношения разных (часто многих) звуков.

Как вторичное нарушение в структуре дефекта из-за первичной несформированности артикуляции и просодической стороны речи могут возникнуть лексико-грамматические нарушения. Тогда говорят об общем недоразвитии речи, а не только о фонетико-фонематической неполноценности.

***Открытая ринолалия*** *-* следствие врожденного дефекта твердого и (или) мягкого нёба. Наличие врожденной открытой ринолалии нарушает весь комплекс согласованных рефлекторных движений, участвующих в механизмах звучной речи, - дыхании, голосообразовании и артикуляции. Чем обширнее расщелина, тем больше ее отрицательное влияние на формирование звуковой стороны речи ребенка. В тяжелых случаях речь ребенка совсем не понятна окружающим.

Иногда у ребенка отмечается ***ринофония*** *-* нарушение фонации и просодики при сохранном звукопроизношении. Голос ребенка тихий, хриплый, назализованный. Речь неинтонированная, неясная.

При ***моторной алалии*** (дети с таким нарушением составляют подавляющее большинство в сводной группе детей с общим недоразвитием речи) несформированность всей речевой системы связана с недоразвитием головного мозга.

При ***сенсорной алалии*** основным симптомом является нарушение в той или иной степени понимания обращенной речи:

в одних случаях ребенок совсем не понимает речь, в других случаях прислушивается к звучанию речи, понимает отдельные слова, а в более легких случаях понимает простую обращенную речь, но у него недостаточно сформировано фонематическое восприятие, нет тонких акустических дифференцировок, нет высшего акустического анализа и синтеза. Это связано с незрелостью коры головного мозга. Сенсорная алалия встречается реже, чем моторная. Логопедическая работа сложна, прогноз достаточно неопределенный, особенно в тяжелых случаях.

У ребенка отсутствует или тяжело нарушена речь по всем ее компонентам: словарь, грамматический строй, связная речь, звукопроизношение. Речь у ребенка с алалией появляется поздно, развивается медленно и всегда оказывается неполноценной. Степени недоразвития речи бывают разные: от полного безречья до не резко выраженного недоразвития. Отмечаются трудности словообразования и словоизменения.

Часто алалия сочетается с ***леворукостью*** или ***амбидекстрией****.* Недоразвитие речи у такого ребенка приводит к вторичному недоразвитию интеллекта, выявляется задержка умственного развития, обусловленная речевым недоразвитием.

При алалии нарушается не только речь, но отмечаются и нарушения других психических процессов. У такого ребенка недостаточные внимание, восприятие, память, нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения. Дети упрямы, капризны, негативистичны. Часто отмечается повышенная сензитивность (чувствительность), склонность к слезам, двигательное беспокойство. Особенности речи и личности ребенка с алалией связаны с недоразвитием клеток коры мозга в определенных областях (чаще всего это лобная доля левого полушария). В большинстве случаев говорить с уверенностью о локализации недоразвития трудно, так как у ребенка отмечается минимальная мозговая дисфункция без четкой локализации недоразвитых мозговых клеток. Логопедическая работа в таких случаях проводится на фоне лечения, направленного на повышение работоспособности незрелых клеток коры головного мозга, на быстрейшее их созревание. Слух у детей сохранен, интеллект первично не страдает. В тяжелых случаях отмечается вторичная задержка умственного развития.

Из-за недоразвития понимания ребенок сам не говорит или говорит мало и плохо. Причиной этому является нарушение акустического внимания, восприятия.

В чистом виде алалия моторная и сенсорная встречаются сравнительно редко, чаще диагностируется моторная алалия с сенсорным компонентом или сенсомоторная алалия.

**Для детей с нарушениями речи** характерны:

- меньший (по сравнению с нормально развивающимися детьми) объем сведений и представлений об окружающем,

- недостаточность сенсорных, временных и пространственных представлений,

-снижение способности к запоминанию зрительного и слухового материала,

- недостаточная целенаправленность и концентрация внимания, снижение уровня психических обобщений,

- недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи и др. У этих детей слабо развиты артикуляционная моторика и мелкая моторика пальцев рук.

Дети с тяжелыми нарушениями речи нуждаются в комплексном, дифференцированном и целостном воздействии на все стороны развития и личности.

**Дифференциальная диагностика.**

**Разграничение ребенка с сенсорной алалией и ребенка со сниженным слухом** (глухого или слабослышащего). По последним научным данным, при сенсорной алалии может быть (а может и не встречаться) некоторое снижение слуха, но не оно является ведущим в картине дефекта: ребенок не понимает обращенную к нему речь не потому, что не слышит, он не понимает то, что безусловно слышит.

Проверка слуха у ребенка с сенсорной алалией затруднена. Рекомендуется проводить несколько (8-10 раз) аппаратурных исследований слуха (аудиометрий), а при сличении аудиограмм ориентироваться на наиболее частые совпадения.

**Диагностические показатели для различения ребенка с сенсорной алалией и слабослышащего**:

**-** слабослышащий имеет постоянный порог восприятия (в разное время суток в различных условиях он слышит одинаково), а у ребенка с сенсорной алалией отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: то он слышит и понимает более тихое, то не воспринимает более громкого звучания. Непостоянство показателей аудиометрического исследования свидетельствует о нарушенной работоспособности незрелых клеток коры головного мозга. Незрелые клетки мозга очень утомляемы, в них не могут нормально протекать процессы высшего акустического анализа и синтеза, не могут чередоваться процессы возбуждения и торможения, поэтому в разных условиях выявляются разные показатели слухового восприятия. Увеличение (усиление) громкости звучания улучшает восприятие слабослышащего ребенка. Ребенок же с сенсорной алалией на громкие, а тем более сверхгромкие звуки не реагирует; более тихое, спокойное звучание ребенок воспринимает лучше, чем звуки повышенной громкости, которые вызывают в незрелых мозговых клетках запредельно охранительное торможение, мозг как бы сам щадит себя, выключаясь из работы;

- слабослышащий лучше слышит при использовании слухового аппарата. А ребенок с сенсорной алалией пользоваться слуховым аппаратом не может: жалуется на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для него неприятным раздражителем. При сенсорной алалии в ряде случаев бывает гиперакузия - повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих (шум сминаемой бумаги, капающая из крана вода и др.). Слабослышащий к таким тихим звукам относится безразлично, не реагирует на них, а ребенок с сенсорной алалией испытывает при этом неприятные ощущения. Кстати, это лишний раз подчеркивает сохранность слуха у детей с алалией.

- голос слабослышащего лишен звучности, полетности, он тиховат, глуховат, у ребенка же с сенсорной алалией голос громкий, звонкий, нормальный;

- со слабослышащим ребенком легче наладить контакт, чем с ребенком, страдающим сенсорной алалией.

Дифференциация слабослышащих и детей с сенсорной алалией затруднена, но необходима, ибо в зависимости от характера нарушений по-разному строится коррекционно-воспитательное воздействие.

Ребенка с алалией достаточно трудно отличить и от ребенка с временной функциональной задержкой речевого развития, которая может быть вызвана, например, педагогической запущенностью, недостаточностью речевых контактов ребенка с окружающими, бедностью представлений, двуязычием в семье и т.д.

Иногда задержка развития речи проявляется на фоне задержки психического развития в целом. В других случаях запаздывает только речевое развитие. В ряду социальных причин, вызывающих задержку речевого развития, большое место занимает воспитание малыша в доме ребенка, в детском доме, ранний и длительный госпитализм, что в совокупности обозначается как социальная депривация.

**Отличительные признаки, которые могут помочь разграничить алалию и временную задержку**:

- наличие органического поражения центральной нервной системы при алалии (выявляется врачом-невропатологом или психоневрологом), нарушение двигательной сферы в той или иной степени. Специальными исследованиями установлено, что примерно 50% детей с моторной алалией имеют:

- нарушения общей моторики,

- нарушение координации движений, статического равновесия,

- левшество, ребенок неуклюже бросает и ловит мяч, не может стоять и прыгать на одной ноге (обычно на правой), не умеет кататься на велосипеде и самокате, ходить на носках и на пятках и т.д.

- примерно 10% детей с алалией имеют выраженные затруднения в артикуляторной моторике (не могут по заданию в данный момент выполнить определенное движение или удержать артикуляционную позу) - такие нарушения артикуляционной моторики (при отсутствий паралича и пареза) называются оральной апраксией.

- при алалии отмечается нарушение внимания, памяти, оптико-пространственная неполноценность ряда высших психических процессов, корковых функций. Все дальнейшее развитие речи и личности ребенка идет в условиях патологического состояния центральной нервной системы, следы бывшего недоразвития, несмотря на положительную динамику в состоянии речи, остаются на долгие годы, а иногда и на всю жизнь.

**У умственно отсталых детей** отмечается недоразвитие, часто глубокое, всех сторон психической деятельности, в том числе и речевое отставание.

Все стороны психики связаны между собой, их развитие взаимообусловлено. Сенсорное развитие включает развитие ощущений, восприятия, представлений, т.е. сложную работу анализаторов от приема внешних сигналов периферическими органами чувств до сложной переработки головным мозгом всей поступающей информации.

Полноценное функционирование органов чувств и моторики имеет большое значение для психического развития, является основой формирования сложных психических процессов. Определенный уровень развития сенсорных и моторных процессов в их тесной связи с развитием речи составляет фундамент формирования познавательной деятельности ребенка. Развитие психической деятельности у нормально развивающегося ребенка и ребенка с отклонениями в развитии идет по одним закономерностям: от восприятия и представления к наглядно-действенному, наглядно-образному и затем к элементам понятийного мышления. Во всех этих процессах большую роль играет речь.

У **умственно отсталого** дошкольника *снижена ориентировочная деятельность, активность, нарушена моторика, отмечается низкий уровень мотивированности и потребностей.* Наблюдаются недостаточность внимания, слабость смысловых связей, бессистемность имеющихся представлений, нарушение памяти.

*Недоразвиты все компоненты устной речи,* касающиеся фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон. Кроме того, у умственно отсталых детей могут быть все виды речевых нарушений как сопутствующие проявления интеллектуального дефекта. Может быть механическая дислалия (нарушение звукопроизношения из-за нарушения строения артикуляционного аппарата), ринолалия (нарушение речи из-за расщелины артикуляционного аппарата), дизартрия (нарушение всей звуковой системы речи из-за нарушенной иннервации артикуляционного аппарата - параличи, парезы), могут быть алалии, афазии, заикание.

У **умственно отсталого** ребенка в силу недоразвития коры мозга медленно развивается словарь, замедленно формируются обобщающие понятия, дети с трудом абстрагируются от конкретной ситуации, их речевая продукция сводится к использованию заученных речевых шаблонов. Медленно и неточно осуществляется перенос речевого опыта в сходные ситуации, речь недостаточно регулирует деятельность таких детей. Ребенок долгое время общается только вопросно-ответной формой, контекстная речь формируется с трудом. Самостоятельный рассказ сводится к простому перечислению отдельных предметов и действий, изображенных на картинке. Внимание к речи окружающих и контроль за своей речью у детей снижены.

Проявляются отставания от сверстников во всех видах продуктивной деятельности: рисовании, конструировании, лепке. Игры таких детей часто носят элементарный подражательный характер, изобилуют стереотипными действиями. Новые сведения усваиваются умственно отсталыми детьми медленно. Их эмоциональные реакции инфантильны. Нередко дети отстают от сверстников и по показателям физического развития.

**Недоразвитие интеллекта и речи многовариативны**. Они могут проявляться в широком диапазоне - от глубокого слабоумия с отсутствием понимания и собственной речи (импрессивной и экспрессивной речи) до сравнительно неплохого развития, которое иногда расценивается как низкая норма, пограничное состояние. При анализе речевого нарушения у умственно отсталого ребенка важно ориентироваться на выделенные уровни речевого недоразвития, соотнося с ними состояние речи конкретного ребенка и определяя при этом вид его речевого нарушения.

Диагностика негрубых форм умственной отсталости (олигофрения в степени дебильности) у детей дошкольного возраста, часто затруднена. Ребенок незначительно отличается своим поведением от детей с нормальным развитием, а не-сформированность навыков самообслуживания можно расценить как результат его неправильного воспитания. Иногда выраженное речевое недоразвитие является единственным симптомом, который настораживает, вызывает тревогу у окружающих. Однако с возрастом все четче проявляются, помимо недоразвития речи, и другие симптомы общего психического недоразвития. У ребенка оказываются нарушенными целенаправленная познавательная деятельность, анализ и синтез разнообразных раздражителей окружающего мира, он не выделяет существенных признаков предметов и действий, не дифференцирует их. У него не формируются категории цвета, формы, величины, количества и т.д. Отмечается специфика двигательной сферы. Особенности интеллектуального, сенсорного, эмоционального, речевого недоразвития вызываются недоразвитием коры головного мозга.

**Речевые нарушения у умственно отсталых детей** подразделяются на две группы.

**1.** Недоразвитие речи как симптом синдрома олигофрении. У ребенка недостаточное внимание, восприятие, слабая память, нет достаточного контроля за своими действиями и за речью. Как одно из проявлений олигофрении отмечается несформированность фонетико-фонематической и лексико-граммати-ческой сторон речи.

**2.** На фоне олигофрении могут быть любые речевые нарушения не как проявление умственной отсталости, а дополнительно к ней без причинно-следственной соотнесенности речевой и интеллектуальной неполноценности.

Все речевые нарушения у умственно отсталых детей встречаются чаще, чем у детей с нормальных интеллектом.

**Отличие алалии от олигофрении.**

Важно различать ребенка с первичной речевой неполноценностью (недоразвитием речи из-за недоразвития головного мозга) и умственно отсталого.

- как основные диагностические показатели учитывается, что ребенок с алалией имеет больший запас сведений, представлений, чем ребенок-олигофрен. Он лучше ориентируется в быту, в ситуации, учитывает изменения в обстановке, на которые не обращает внимания умственно отсталый.

- ребенок с алалией лучше понимает и чаще использует паралингвистические средства общения.

- страдающий алалией критически относится к своему состоянию, понимает, что не может говорить и этим отличается от других детей; он имеет выраженное желание нормализовать, улучшить свою речь. В отличие от такого ребенка, умственно отсталый не обращает внимания на свою речь, не замечает ее недостаточности, не может критически оценить свое состояние, не использует помощь в работе. У умственно отсталого нет желания улучшить свою речь.

Э. Сеген отмечал, что умственно отсталый ничего не знает, не может и не хочет, подчеркивая недостаточность эмоционально-волевого развития, отсутствие выраженной мотивации к деятельности. Разумеется, тяжелые речевые нарушения задерживают интеллектуальное развитие ребенка, но это является вторичным проявлением основного дефекта.

**Задержка психического развития (ЗПР).**

Главное отличие таких случаев от умственной отсталости заключается в обратимости имеющихся у ребенка особенностей развития.

В игровой ситуации эти дети обычно достаточно активны, самостоятельны, продуктивны. Недоразвитие их познавательной деятельности проявляется преимущественно при усвоении программного материала дошкольного образовательного учреждения.

Часто у детей с задержкой психического развития отмечаются неорганизованность, хаотичность деятельности, неуравновешенность поведения, торопливость, беспечность, отсутствие чувства ответственности и другие индивидуально-психологические черты. У таких детей наблюдаются слабость волевых усилий, незрелость эмоционально-волевой сферы, снижение работоспособности, недостаточность отдельных психических функций. Для них характерны двигательная расторможенность или, наоборот, вялость, апатичность, эмоциональная неустойчивость, импульсивность.

Недостаточная выраженность познавательных интересов детей с ЗПР сочетается с нарушениями внимания, памяти, с замедлением скорости приема и переработки сенсорной информации, плохой координацией движений. Негрубые нарушения речи проявляются в отставании в развитии фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи.

Выявлены значительные различия в результатах самостоятельной работы таких детей и работы с помощью взрослых. Дети способны принимать помощь, усваивать принцип действия и переносить его на аналогичные задания. Именно это и отличает детей с ЗПР от умственно отсталых. Потенциальные возможности детей с задержкой психического развития достаточно высокие.

**Ранний детский аутизм (РДА).** Проявляется уже впервые 2-3 года жизни. Основным его симптомом является *нарушение общения, контакта ребенка с окружающими.* Ребенок погружается в мир своих фантазий, собственных переживаний. Он замкнут, отказывается от общения, не смотрит в глаза окружающим, избегает телесного контакта, ласки, близких объятий.

Для таких детей характерна однообразная нецеленаправленная двигательная активность: они могут длительное время ходить по кругу, выполнять стереотипные движения, нашептывать что-то, выкрикивать отдельные звуки и слова. Двигательное беспокойство чередуется с застыванием в одной позе, заторможенностью.

Отличительной особенностью детей с аутизмом является неравномерность психического развития в целом, а также отдельных психомоторных функций. Интеллект детей с аутизмом может быть нормальным, но развит негармонично, бывает умственная отсталость, и наконец, среди таких детей встречаются одаренные.

**Сложный дефект.** Так называют сочетание двух и более нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности воспитания и обучения ребенка. Например, одновременные нарушения зрения и слуха, зрения и речи, слуха и моторики т.д.

При осложненном дефекте возможно выделение (определение) ведущего или главного нарушения и осложняющих его расстройств. Например, у умственно отсталого ребенка могут быть снижение слуха или зрения, эмоциональные или поведенческие нарушения, дефекты опорно-двигательной сферы, речи. В одних случаях говорят о недоразвитии какой-либо функции, в других - о ее повреждении.

Особенность детского мозга проявляется в том, что даже незначительные его поражения не являются частичным, локальным, а отрицательно сказываются на всем процессе развития (созревания) центральной нервной системы. А при тяжелом нарушении его следы остаются на долгие годы, а иногда на всю жизнь. Все дальнейшее развитие ребенка идет в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Если своевременно как можно раньше не организовать лечебного и коррекционно-педагогического воздействия, то ребенок будет отставать в психическом развитии.

Различают первично пострадавшее звено и вторичные проявления в структуре дефекта, вызванные основным поражением. Например, у ребенка с нарушенной слуховой функцией, при нарушении физического (тонального) слуха вторичным в структуре дефекта является нарушение собственной (экспрессивной) речи. Или у ребенка с тяжелым недоразвитием речи вторичным проявлением основного дефекта являются нарушения письменной речи (чтения и письма дислексия, дисграфия), а двигательная неполноценность при детском церебральном параличе вызывает вторичное нарушение пространственных представлений и конструктивной деятельности ребенка.

Сложная структура дефекта отмечается при снижении слуха, зрения, при умственной отсталости у детей.

У различных групп детей по-разному представлено соотношение нарушенных компонентов речевой и интеллектуальной систем. Как правило, у таких детей всегда отмечается значительная патология в пренатальном, натальном и постнатальном периоде развития (внутриутробно, при родах и при жизни), вследствие чего задерживается формирование или проявляются специфические нарушения при развитии ряда психических процессов и функций. Варианты таких нарушений встречаются в разных возрастных группах детей, и в первую очередь в раннем возрасте. При таких дефектах в большинстве случаев отмечаются системные нарушения речи, касающиеся всех ее компонентов. Своевременное и правильное диагностирование таких нарушений - важный фактор результативности лечебно-оздоровительного и психолого-педагогического воздействия.

**При диагностике**, **коррекции и профилактике вторичных проявлений** коррекционная педагогика учитывает фундаментальные положения психологии, психолингвистики, нейропсихологии и других наук:

- концепция о соотношении первично пострадавшего звена и вторичных проявлений в структуре дефекта,

- учение об общих закономерностях и специфических проявлениях при разных вариантах отклонений в развитии,

- системный и уровневый подход к анализу и коррекции нарушений языковой и речевой деятельности и др.

Принципиально важным для дошкольной дефектологии является правильное разграничение нарушений речи и мышления. В одних случаях умственная отсталость является первичным в структуре дефекта ребенка, а например, отсутствие или тяжелое недоразвитие речи - вторичное, производное проявление. В других же случаях умственная отсталость является вторичным, производным у ребенка с тяжелым нарушением речи. Отсутствие потребности и возможности коммуникации не может не сказываться на развитии интеллектуальной деятельности ребенка.

**Развитие речи у детей**

Во второй половине 1 года у нормально развивающегося ребенка обычно появляется лепет, к 9-10 месяцам он активизируется, обогащается новыми звуками, интонациями и этот период не всегда свидетельствует о наличии тяжелого дефекта у ребенка - иногда такое отставание носит временный, обратимый, т.е. функционально-динамический характер. Диагностика таких состояний у маленького ребенка в условиях разового обследования затруднена, а иногда и невозможна. Правильное заключение можно сделать только в результате длительного диагностического наблюдения за ребенком, специального обучения его.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ**

Помощь детям дошкольного возраста с нарушениями развития оказывается в учреждениях, относящихся к системе здравоохранения, образования (просвещения) и социальной защиты.

В системе здравоохранения оказывается *амбулаторная и стационарная* помощь, предусматривается *диспансеризация.*Это широкое государственное мероприятие проводится повсеместно в сроки до 1 года, в 3 года и в 6-7 лет перед поступлением ребенка в школу. Диспансеризация заключается в том, что всех детей, и находящихся в учреждениях, и неорганизованных, комплексно обследуют медицинские специалисты, выявляя имеющиеся отклонения или предрасположение к ним.

Диспансеризация является важным социальным достижением, она имеет большое профилактическое значение. В случаях раннего выявления отклонений в развитии возможно своевременное оказание специализированной помощи, что позволяет предотвратить появление вторичных отклонений у ребенка.

Функционируют ясли для детей с органическими нарушениями центральной нервной системы, проводится система медико-психолого-педагогических мероприятий в домах ребенка, санаториях психоневрологического и иного профиля, в детских поликлиниках и диспансерах, в клинических отделениях детских больниц разного профиля, в полустационарах (дневной детский сад при больнице, где проводится необходимое лечение в сочетании с коррекционно-воспитательным воздействием).

В учреждениях системы здравоохранения получают специализированную помощь дети с речевыми нарушениями, с задержкой психического развития, умственно отсталые, с нарушением опорно-двигательного аппарата. Оказывается медикаментозная и физиотерапевтическая помощь детям с нарушениями слуха, зрения. При необходимости дети получают хирургическое, стоматологическое, ортодонтическое, психоневрологическое и другие виды лечения. В ряде случаев проводится комплексное воздействие, составляющими которого являются лечебно-оздоровительная и психолого-педагогическая работа.

В системе образования детям дошкольного возраста оказывается помощь в *профильных специализированных детских садах*в соответствии с характером нарушения развития ребенка: детские сады для слепых и слабовидящих (раздельно), глухих и слабослышащих (раздельно), для детей с тяжелыми нарушениями речи, где есть группы для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН), с общим недоразвитием речи (ОНР) и детей с заиканием; детские сады для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, соматически ослабленных и др.

Для детей с нарушениями речи иногда открываются *специальные группы* в детских садах общего типа. Еще одной формой помощи является *организация логопедических пунктов* при детских садах (по типу логопедического кабинета в поликлинике). Обслуживаются дети не только данного, но и других близлежащих садов. Иногда специальные детские сады для детей с речевыми нарушениями имеют ясельные (как правило, диагностические) группы.

На педагогов дошкольных учреждений общего типа и специализированных возлагается особая ответственность по ***подготовке к школе детей с отклонениями в развитии****.* В дошкольном детстве формируется прочный фундамент для развития речи, моторики, всех психических процессов, разных видов деятельности, в том числе и учебной. Подавляющее большинство детей в массовом детском саду успешно овладевает всеми разделами программы дошкольного развития и воспитания, но дети, имеющие особенности и отклонения в речевом, психическом развитии, нарушения слуха, зрения и т.д., с этой программой не справляются. Принципиально важным являются своевременное выявление таких детей, всестороннее изучение их в целях дифференциальной диагностики и определение путей необходимого в каждом конкретном случае лечения и специального обучения.

Имеется развернутая сеть специальных учреждений для детей дошкольного возраста с различными отклонениями в состоянии слуха (глухих и слабослышащих), зрения (слепых и слабовидящих), с нарушением интеллекта (дебилов и имбецилов), с нарушением опорно-двигательного аппарата, с комбинированными нарушениями и т.д.

Обычное обучение детей с тяжелыми, выраженными отклонениями в развитии затруднено, а в ряде случаев и просто невозможно. Такие дети занимаются в специализированных дошкольных учреждениях по особым программам, с использованием системы специальных методов и приемов.

Если нарушения не столь глубоки, то дети овладевают программой общего, массового детского сада при условии учета педагогом их состояния и при обеспечении им индивидуального подхода и специальной помощи.

**Важной задачей педагогов дошкольных учреждений является в связи с этим овладение ими определенной системой сведений, знаний по специальной психологии и коррекционной педагогике, формирование навыков педагогической диагностики отклонений в развитии и проведения работы при слабо выраженных отклонениях в развитии детей.**

В теории и практике дошкольной дефектологии накоплен опыт дифференциальной диагностики отклонений в развитии, имеются развернутые характеристики дефектов, определена комплексная и дифференцированная система коррекционного воздействия, максимально адаптированная к индивидуально-типологическим особенностям детей.

Создана и успешно функционирует система специальных учреждений. Она охватывает все категории аномальных детей, функционально связана с дальнейшим школьным обучением, которое также осуществляется при тяжелых формах отклонения в развитии дифференцирование по видам нарушений. Утверждены Положения о каждом типе специальных учреждений, определены специальные режимы их функционирования, разработаны частные методики фронтального, под-группового и индивидуального воздействия.*)*

**ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Основной задачей специального дошкольного обучения и воспитания умственно отсталого ребенка является обеспечение максимально возможного уровня физического, умственного и нравственного развития, подготовка к обучению в специальной школе. Эта работа должна проводиться с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка.

В нашей стране создана *дифференцированная система специальных дошкольных учреждений для умственно отсталых детей.* В соответствии с характером дефекта и степенью его выраженности дети воспитываются в специальных учреждениях системы образования, здравоохранения или социального обеспечения.

В системе образования существует сеть *специальных детских садов* с круглосуточным пребыванием детей, а также *специальных детских домов.* В отдельных случаях разрешается открытие *дошкольных групп* при специальных вспомогательных школах-интернатах. В эти дошкольные учреждения принимаются дети с диагнозом олигофрении в степени дебильно-ста неосложненной формы. Дети с **эписиндромом**, детским церебральным параличом, ярко выраженным психопатоподобным поведением, болезнью Дауна, шизофренией и другими в дошкольные учреждения этого типа не принимаются. Не направляются также дети с задержкой психического развития и дети с диагнозом олигофрении в степени имбецильности.

В специальные детские сады и детские дома, а также в группы при вспомогательных школах-интернатах принимаются дети в возрасте от 4 до 8 лет. Пребывание детей старше 8 лет в дошкольных учреждениях запрещено.

В системе здравоохранения имеются *специальные ясли и специальные психоневрологические санатории* с круглосуточным пребыванием для детей с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС). В эти учреждения принимаются дети с диагнозом олигофрении в степени дебильности осложненной формы. В специальные ясли для детей с органическим поражением ЦНС принимаются дети в возрасте от 2 до 4 лет. Дети в возрасте от 4 до 8 лет направляются в психоневрологические санатории.

Дети с диагнозом олигофрении в степени имбецильности воспитываются в учреждениях системы социального обеспечения.

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни существенно отличается от развития нормальных детей. У многих детей-олигофренов задерживается развитие прямостояния - держать голову, сидеть, стоять, ходить они начинают значительно позднее, чем их нормально развивающиеся сверстники. Эта задержка у многих детей бывает довольно существенной и может захватывать не только первый, но и второй год жизни ребенка.

Как правило, у всех умственно отсталых дошкольников наблюдаются *отсутствие или значительное снижение интереса к окружающему, общая патологическая инертность,* что, однако, не исключает крикливости, беспокойства, раздражительности и двигательной расторможенности. В дальнейшем у них не возникает интерес к игрушкам, подвешенным над кроваткой или находящимся в руках у взрослого, не происходит своевременного перехода к общению со взрослыми на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения, свойственная младенческому возрасту в норме - жестовая.

Это отставание и своеобразие сказываются и на развитии первых действий с предметами - хватании, на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием.

***Отсутствуют и предпосылки развития речи****:* предметное восприятие и предметные действия, общение со взрослыми, и в частности доречевые средства общения. Наблюдается недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического восприятия, в результате чего у умственно отсталых детей не возникает своевременно лепет. Это процесс рефлекторный, в норме он появляется во второй половине первого года жизни ребенка, протекает в основном независимо от условий окружающей среды, от влияния взрослых и связан непосредственно с состоянием ЦНС.

В целом умственно отсталый ребенок в раннем возрасте имеет существенные отклонения в психическом и речевом развитии. В то же время тенденции его развития те же, что и нормально развивающихся сверстников. Многое в их развитии - отставание в овладении предметными действиями, развитии речи и познавательных процессов - в значительной мере носит вторичный характер. При правильной организации жизни умственно отсталого ребенка, требующей возможно более раннего включения специального обучения и воспитания, многие дефекты развития могут быть скоррегированы и предупреждены.

Перцептивные действия у умственно отсталых детей начинают формироваться в дошкольном возрасте. На основе появившегося у ребенка интереса к предметам, игрушкам возникают и простейшие представления об их свойствах и отношениях. В этом плане переломным годом для умственно отсталого ребенка является пятый год - дети уже могут делать выбор по образцу (по цвету, форме, величине); у отдельных детей имеется также продвижение в развитии целостного восприятия. Однако все это проявляется скорее только как тенденция развития. К концу дошкольного возраста лишь немногим более половины умственно отсталых детей достигают уровня развития восприятия, характерного для начала дошкольного возраста нормально развивающихся детей.

Другой важной стороной чувственного познания является наглядное мышление, тесно связанное с процессом восприятия. Для умственно отсталых дошкольников характерно *отставание в темпе развития наглядно-действенного мышления.* Далеко не всем детям к концу дошкольного периода оказывается доступным выполнение даже таких практических задач, в которых действие, выполненное рукой или орудием, прямо направлено на достижение практического результата, т.е. на перемещение предмета, его использование или изменение.

В отличие от нормально развивающихся детей, у умственно отсталых *возрастные изменения* в *развитии наглядно-действенного мышления без специального обучения незначительны.*До конца дошкольного возраста у них фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач.

Элементарное словесно-логическое мышление у умственно отсталых дошкольников развивается замедленно и имеет качественное своеобразие. По-иному, чем в норме, складывается соотношение наглядного и словесно-логического мышления.

Игра в младшем дошкольном возрасте может возникнуть только на основе предметной деятельности на определенном уровне. К школьному возрасту *фактически не возникает предметной деятельности.* Действия с предметами остаются на уровне манипуляций, в большинстве случаев неспецифических. Интерес детей к предметам, в частности к игрушкам, оказывается кратковременным, так как побуждается лишь их внешним видом.

После 5 лет в игре с игрушками умственно отсталых детей все большее место начинают занимать процессуальные действия. Однако подлинная игра не возникает. ***Без специального обучения ведущей деятельностью у умственно отсталого ребенка остается не игровая, а предметная****.* В игре наблюдаются стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, нет даже элементов сюжета. Дети не используют предметов-заместителей, не могут замещать действия с реальными предметами изображением действий или речью.

У умственно отсталого ребенка без специально организованного обучения *в игре не развиваются и функции речи.* Отсутствует не только планирующая или фиксирующая речь, но как правило, и сопряженная.

***Продуктивная деятельность*** у умственно отсталых дошкольников вне специально организованного обучения *практически не возникает;* не появляются конструктивные умения, не возникает предметный рисунок. При обучении без учета особенностей развития детей этой категории предметные рисунки могут появиться, но эти рисунки, с одной стороны, примитивны, фрагментарны, не передают целостного образа предмета, искажают его форму и пропорции, а с другой - представляют собой усвоенный ребенком графический штамп, не отражающий реального предмета. Особенно показательным является тот факт, что дети, даже умеющие рисовать, не используют в своих рисунках цвет ни как средство изображения, ни как средство эмоциональной выразительности.

***Элементы трудовой деятельности*** (прежде всего навыки самообслуживания) у умственно отсталых дошкольников ***начинают формироваться под влиянием требований окружающих****.*Этот процесс требует значительных усилий со стороны родителей и воспитателей. Поэтому в семье, как правило, идут по линии наименьшего сопротивления: родители сами раздевают, одевают, кормят ребенка.

Однако существуют семьи, в которых родители пытаются ставить перед ребенком определенные задачи и добиваются некоторых успехов. Поэтому умственно отсталые дошкольники имеют разный уровень овладения навыками самообслуживания. Характер умений и навыков таких детей заслуживает более детального рассмотрения. Движения детей, связанные с самообслуживанием, неуверенные, нечеткие, часто замедленные или, наоборот, беспорядочно суетливые, недостаточно целенаправленные. Сильно выражена несогласованность движений обеих рук. В ряде случаев даже у старших дошкольников нет понимания последовательности и логики всех действий, входящих в навык. Например, при умывании дети берут сухое мыло и, не намочив его, кладут на место, а затем открывают кран. Страдает и характер каждого отдельно взятого действия, входящего в состав навыка. Например, умея пользоваться ложкой, ребенок держит ее, зажав в кулак, набирает неумеренное количество пищи и большую ее часть разливает, не донеся до рта.

С точки зрения сформированности элементов трудовой деятельности умственно отсталые дети старшего дошкольного возраста представляют собой еще более неоднородную категорию. Но тот факт, что дети, к которым предъявлялись последовательные требования с учетом их индивидуальных особенностей, овладевают навыками самообслуживания, свидетельствует о достаточной потенциальной возможности развития у них практической деятельности.

У умственно отсталых дошкольников развитие речи существенно отличается от развития речи у их нормально развивающихся сверстников. Отставание в развитии речи возникает у них с младенчества и продолжает накапливаться в раннем детстве. Соответственно к началу дошкольного возраста у них отсутствует готовность к усвоению письменной речи. Не сформированы такие предпосылки речевого развития, как предметная деятельность, интерес к окружающему, потребность в общении со взрослыми, не сформировано фонематическое восприятие, недостаточно развит артикуляционный аппарат. Многие умственно отсталые дети не начинают говорить не только к началу дошкольного возраста, но и к 4-5 годам. Для большинства умственно отсталых детей развитие речи в дошкольном возрасте только начинается. Первые слова появляются у них после 3 лет, фразы - к концу дошкольного возраста.

С точки зрения развития речи умственно отсталые дошкольники представляют собой весьма неоднородную категорию. Среди них имеются дети, совсем не владеющие речью, и дети с формально достаточно хорошо развитой речью. Но всех их объединяет *ограниченное понимание обращенной речи, привязанность к данной ситуации,* с одной стороны, и *оторванность речи от деятельности -* с другой. Речь не отражает истинных интеллектуальных возможностей ребенка, не может служить полноценным источником передачи ребенку знаний.

Фразовая речь, формирующаяся у некоторых детей, отличается большим количеством фонетических и грамматических искажений. Овладение грамматическим строем речи на протяжении дошкольного возраста, как правило, не происходит. Особенно страдает связность речи. Одной из характерных особенностей становится стойкое нарушение согласования числительных с существительными.

Пассивный словарный запас значительно превышает активный, но это касается, как правило, восприятия отдельных изолированных слов. Есть слова, которые умственно отсталый ребенок произносит с опорой на картинку, но не понимает, когда их произносит другой человек, вне привычной ситуации. Это свидетельствует о том, что *у умственно отсталых дошкольников длительное время сохраняется ситуативное значение слова.* Семантическая нагрузка слова у них значительно меньше, чем у нормально развивающихся сверстников.

Без специального обучения у умственно отсталых дошкольников *совсем не развивается регулирующая функция речи.* Во многих случаях наблюдается эхолаличная речь. Речь умственно отсталых дошкольников настолько слабо развита, что не может осуществлять и свою важнейшую функцию - коммуникативную. К сожалению (и это характерно для умственно отсталых дошкольников, в отличие, например, от дошкольников с нарушением слуха), недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется другими средствами общения, в частности мимико-жестикуляторными. Амимичное (лишенное мимики) лицо, плохое понимание жеста, употребление лишь примитивных стандартных жестов характерно для этой категории детей.

Таким образом, без специального дошкольного обучения и воспитания умственно отсталые дети достигают школьного возраста с существенными речевыми нарушениями.

У умственно отсталого ребенка в раннем детстве *не складываются те предпосылки, которые обеспечивают нормальное формирование личности* у его сверстников. Такие предпосылки лишь начинают возникать в старшем дошкольном возрасте. Естественно, что в этом случае личность умственно отсталого дошкольника формируется с большими отклонениями как в сроках и темпах развития, так и качественно.

К началу дошкольного возраста, когда нормально развивающийся ребенок 3 лет начинает осознавать собственное “Я”, у умственно отсталого ребенка практически еще нет никаких личностных проявлений, его поведение носит непроизвольный характер. После 4 лет, когда у умственно отсталых начинает развиваться интерес к окружающему, формируются элементарные действия с предметами, возникают первые проявления самосознания, отделения своего “Я”, которые выражаются, как правило, в негативных реакциях на замечания, порицания, неудачу. Систематическое переживание неуспеха ведет к формированию патологических черт личности - к отказу от всякой деятельности, пассивности, замкнутости, агрессивности или, наоборот, заискиванию перед взрослым или более сильным. Появляются угодливость, негативизм, озлобленность.

Совсем по-иному, чем в норме, складывается у умственно отсталых дошкольников общение со взрослыми и сверстниками. Ограниченность средств общения (как речевых, так и неречевых), непонимание игровой ситуации ведут к тому, что умственно отсталые дети становятся отверженными в коллективе сверстников. Желание самоутвердиться, характерное для детей этого возраста, приобретает патологические формы: с одной стороны, они становятся озлобленными и могут вести себя жестоко по отношению к более слабым, а с другой - развивающийся комплекс неполноценности делает их еще более отверженными в среде сверстников. В поведении умственно отсталых дошкольников, как правило, превалируют сиюминутные желания, импульсивные действия.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

Рассмотрим более подробно организацию специальных дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи.

Типовым положением о дошкольных учреждениях и группах детей с нарушениями речи определены три профиля специальных групп:

1) группы для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН) - у детей присутствуют нарушения звукопроизношения, осложненные фонематической недостаточностью;

2) группы для детей с общим недоразвитием речи (ОНР) - у ребенка отмечается несформированность всей речевой системы, не развиваются словарь, грамматический строй, связная речь, звукопроизношение;

3) группы для детей с заиканием.

**1. Группы для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН)**

Под фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФН) принято понимать *нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.*

В группы ФФН направляются дети с нарушением произношения отдельных или нескольких звуков, звукосочетаний или целых групп звуков, т.е. дети с дислалией (в случаях, когда дефект исчерпывается нарушением звукопроизношения или сочетается с ринолалией). При этом отмечается не только нарушенное звукопроизношение, но и нарушение речевого дыхания, голоса, назализация - носовой оттенок (гнусавость). Дети с дизартрией, когда дефекты произношения и просодики связаны с нарушением иннервации артикуляционного аппарата (параличи и парезы органов артикуляции), также направляются в группы этого профиля.

В группу ФФН дети зачисляются на полгода или год. Преодоление фонетико-фонематического недоразвития достигали ется целенаправленной логопедической работой по коррекции звукопроизношения и развитию фонематического восприятия. Система обучения и воспитания таких детей включает коррекцию речевого дефекта и подготовку к полноценному овладению грамотой.

Раннее выявление детей с нарушенным фонетико-фонематическим восприятием и оказание им необходимой помощи -залог успешного дальнейшего овладения чтением и письмом.

Коррекционное обучение предусматривает развитие круга знаний и представлений об окружающем, развитие словаря, звукового анализа и синтеза, речевых умений и навыков, которые должны быть усвоены детьми на данном возрастном этапе.

К моменту поступления в школу дети, прошедшие специальный курс воспитания и обучения в такой группе, умеют различать и дифференцировать на слух и в произношении все фонемы родного языка, осознанно контролировать звучание чужой и собственной речи, последовательно выделять звуки из состава слова, самостоятельно определять его звуковые элементы. Дети учатся распределять внимание между разными звуковыми раздражителями, удерживать в памяти порядок звуков и их позицию в слове.

**2. Группы для детей с общим недоразвитием речи (ОНР)**

Общее недоразвитие речи - собирательный термин для сводной группы детей, общим для которых является *нарушение формирования всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне (звукопроизношение, словарь, грамматический строй, связная речь) при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте.*

Речевое недоразвитие у детей дошкольного возраста бывает разной степени: полное отсутствие общеупотребительной речи (1 уровень ОНР, по Р.Е.Левиной); ее частичная сформи-рованность - незначительный словарный запас, аграмматич-ная фраза (2 уровень ОНР); развернутая речь с элементами недоразвития, которые выявляются во всей речевой (языковой) системе, - словаре, грамматическом строе, связной речи и звукопроизношении (3 уровень ОНР). При нерезко выраженном недоразвитии отмечается лексико-грамматическая и фо-нетико-фонематическая несформированность речи.

Группы детей с ОНР комплектуются с учетом возраста и степени речевого недоразвития. Дети с 1 уровнем ОНР зачисляются в специальное дошкольное учреждение с 3 лет на 3-4 года обучения. Дети со 2 уровнем ОНР - с 4 лет на 3 года обучения. Дети с 3 уровнем недоразвития речи (с нерезко выраженными нарушениями речи) зачисляются с 4-5 лет на 2 года коррекционного обучения. В настоящее время основной контингент специальных групп составляют дети преимущественно с 3 уровнем общего недоразвития речи.

Характерным для таких детей является недифференцированное произношение звуков, замена звуков более простыми по артикуляции. Отмечается нестойкость замен (в разных словах звук произносится по-разному), сочетание нарушенного и правильного произношения. Структура многосложных слов часто упрощена, сокращена, имеются пропуски слогов. На фоне относительно развернутой речи выявляются неточность употребления слов и словосочетаний по смыслу, нарушение лексической системности, затруднения в словообразовании и словоизменении.

В активном словаре преобладают имена существительные и глаголы. Дети испытывают затруднения при использовании абстрактной и обобщающей лексики, в понимании и употреблении слов с переносным смыслом, не используют в речи синонимы, антонимы.

Дети с ОНР не могут спонтанно выйти на онтогенетический путь развития речи, свойственный нормально развивающимся детям. Развитие речи при ОНР в ряде случаев идет на фоне нарушения деятельности центральной нервной системы. Коррекция их речи - длительный процесс, направленный на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения.

Для правильного понимания имеющегося нарушения и эффективного коррекционного воздействия, для выбора рациональных приемов и методов воздействия необходимо четко определить характер имеющегося у ребенка речевого недоразвития, его глубину и степень, уметь правильно анализировать, какие компоненты речи и в какой степени нарушены или не сформированы.

В сводной группе детей с общим недоразвитием речи подавляющее большинство составляют дети с моторной и сенсорной алалией, но могут оказаться и дети с ринолалией и дизартрией, если у них кроме нарушения звукопроизноси-тельной стороны выявляется и лексико-грамматическая неполноценность. Таким образом, ринолалия и дизартрия могут проявляться двояко: в виде фонетико-фонематической неполноценности и в виде общего недоразвития речи.

Эффективная логопедическая помощь детям с ОНР может быть осуществлена только при условии комплексного медикопсихолого-педагогического воздействия, при раскрытии структуры речевой недостаточности и при дифференцированном подходе к ее преодолению.

**3. Группы для заикающихся детей**

В группы для заикающихся поступают дети с тяжелым нарушением речи, при котором наблюдаются расстройство ритма, темпа и плавности, непроизвольные остановки или повторения отдельных звуков или слогов в момент произношения.

Заикание определяют как *судорожное нарушение темпо-ритмтеской организации речи органического (неврозоподобное заикание) или функционального характера (невротическое заикание, логоневроз).* При любой форме заикания страдает центральная нервная система. Как и другие дефекты речи, заикание преобладает у мальчиков, в среднем это соотношение составляет примерно 4:1.

Комплексное воздействие при заикании проводится в следующих направлениях: лечебное укрепление центральной нервной системы (медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, ЛФК); логопедические занятия по выработке самостоятельной, свободной от заикания речи (обычно работа в специальных группах проводится в течение 10 мес., года), работа воспитателя тесно связана с работой логопеда, работа с родителями; логопедическая ритмика.

В процессе обучения и воспитания большое внимание уделяется развитию психических процессов и функций ребенка: внимания, восприятия, памяти, мышления и внутренней речи, участвующих в развитии интеллекта и личности ребенка в целом. Работа направляется на развитие всех видов деятельности ребенка, в том числе и речи как одного из видов деятельности. Воздействие способствует нормализации взаимоотношения ребенка с окружающими. Как и при других нарушениях, преобладает преимущественная игровая форма работы.

В ряде случаев особое внимание обращается на терапию семьи, под чем понимаются нормализация семейных взаимоотношений, выработка правильного родительского подхода к ребенку с заиканием, определение согласованных требований к речи и поведению ребенка.

Система работы с заикающимися ныне проводится по программе, предложенной С. А. Мироновой. В основе этой программы одновременная работа над речью и изобразительная деятельность детей. Нормализация деятельности и ее речевое сопровождение (речь, сопровождающая действие, завершающая, планирующая) способствуют преодолению заикания. Работа ведется согласно годовой программе по изобразительной деятельности, которая в свою очередь ориентирована на поквартальное планирование.

Режим работы дошкольного специального учреждения, в том числе воспитательские и логопедические занятия, занятия музыкой и физкультурой, подчинены одной цели - преодолению запинок, нормализации темпо-ритмической организации речи.

Как правило, заикающиеся зачисляются в специализированные группы дошкольного учреждения с двух лет, срок пребывания в детском саду - один год, на это и ориентирует программа, составленная С.А. Мироновой. Заикающихся детей более старшего возраста (5 лет и старше) зачисляют в специальную группу со сроком занятий 2 года.

Логопедическое воздействие, направленное на преодоление заикания и связанных с ним личностных и поведенческих особенностей детей, помогает им социально адаптироваться в среде правильно говорящих сверстников.

В зависимости от вида психического и речевого нарушения и возрастных особенностей детей определяются форма и организация обучения и воспитания. Приемы работы и дидактический материал подбираются в зависимости от основных задач, характера каждого определенного занятия. Коррекционные задачи подчиняются общеобразовательной программе, гармонично с ней сочетаются.

По мере обучения и воспитания дети приобретают сенсорный и речевой опыт, который закрепляется и воспитателем, и логопедом, и дошкольным дефектологом, а также психологом (если такой специалист в учреждении есть).

Программой специального детского сада предусмотрено ознакомление детей с окружающим миром, развитие речи, ознакомление с художественной литературой, развитие элементарных математических представлений и другие разделы. Проводятся занятия по изобразительной деятельности и конструированию, физкультурные и музыкальные занятия, которые также дают большие возможности для коррекции имеющихся у детей нарушений.

Зрительное восприятие детей развивается с помощью действий, направленных на обследование предмета, ознакомление с его строением и функциями, с его качественными характеристиками. От зрительного восприятия переходят к аналитико-синтетической работе: выделение составляющих предмет элементов, их сравнение, установление сходства и различия и т.д.

Слуховое внимание и фонематическое восприятие развиваются системой специальных упражнений при их постепенном усложнении: привлекается внимание детей к неречевым, а затем речевым звукам, детей учат дифференцировать звуки, сначала далекие, а затем и близкие по звучанию (вначале формируются более грубые дифференцировки, а затем все более тонкие, применительно к анализаторной деятельности всех видов: слуховые, зрительные, тактильные ощущения).

Особое внимание обращается на формирование у ребенка деятельности. Развивается ориентировочная основа деятельности, на которую опираются в дальнейшей работе, вырабатываются ориентировка в задании, умение планировать и контролировать выполняемые операции.

**ДРУГИЕ ФОРМЫ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Работа с родителями**. Каждый этап развития проблемного ребенка и форма имеющегося у него нарушения диктуют специфику работы семьи с ребенком, а также психотерапевтической работы дефектолога (или психолога) с семьей.

Семья не всегда понимает своеобразие личности ребенка, неадекватно оценивает его возможности, завышая или занижая их. У некоторых родителей отмечается негативное отношение к рекомендуемым оздоровительно-воспитательным мерам воздействия, неверие в успех работы с ребенком. У одних родителей нет желания, у других - возможности заниматься с ребенком. Есть родители, которые хотят заниматься с ребенком, имеют условия для этого, но не знают конкретно, что могут и должны делать. В связи с этим дошкольный дефектолог (или практический психолог) и вообще педагоги дошкольных учреждений должны вести работу с родителями, а иногда и оказывать психотерапевтическую помощь семье. Педагоги должны проводить собрания родителей, организовывать индивидуальные разъяснительные беседы, массовые мероприятия, праздники, показательные индивидуальные и групповые занятия, оформлять тематические стенды и т.д.

Необходимо всестороннее взаимодействие дошкольного учреждения и семьи с целью укрепления психического и физического здоровья детей, их полноценного развития, коррекции трудностей их поведения. Процесс взаимодействия родителей и педагогов обеспечивает наиболее благоприятные условия для полноценного развития детей.

Для согласованности требований дошкольного учреждения и семьи используются различные формы взаимодействия:

посещение педагогом семьи, а родителями - детского сада, беседы с родителями, консультации специалистов, родительские собрания, проведение открытых занятий и т.д. В последнее время активно внедряется новая форма взаимодействия в рамках педагогики сотрудничества - организация клубов по интересам для совместной работы взрослых и детей на базе дошкольного учреждения: спортивный, фольклорный клубы и др. Практикуется руководство родителей студийными занятиями детей: танцевальные, музыкальные, театральные кружки, студии изобразительной деятельности и др.

**Совместная работа педагогов и родителей** - неотъемлемая часть педагогического процесса. Родительские собрания в дошкольном учреждении проводятся, как правило, не реже 3 раз в год: в начале сентября родителей знакомят со структурой учреждения, задачами и основным содержанием работы, правилами и распорядком дня детей в детском саду. Это собрание обычно проводит заведующий учреждением с родителями всех групп. В октябре предусмотрено проведение групповых собраний педагогами, логопедами, психологом. Родителей конкретно ориентируют в состоянии ребенка и в той работе, которую они должны проводить параллельно со специалистами и под их руководством.

Обучение, воспитание и перевоспитание эффективны только при сотрудничестве педагогов, родителей и самого ребенка. Педагоги и родители должны быть едины в целевых установках, в требованиях, должны взаимно информировать друг друга о трудностях и особенностях ребенка, опираться на положительные качества его личности, закреплять малейший позитивный успех ребенка.

Сотрудничество педагогов и родителей - основа успешного обучения и воспитания ребенка. Анализ, прогноз, действия - путь комплексного преодоления имеющихся у ребенка отклонений в развитии, особенностей поведения, вызванных ими затруднений.

Родители и педагоги должны знать возрастные закономерности формирования психики ребенка, структуру и характер возможных отклонений в процессе этого развития, приемы и методы коррекции и компенсации нарушенных функций.

Работа с ребенком, имеющим отклонение в развитии, должна быть пронизана психотерапевтическим воздействием. Ребенок должен иметь мотивацию к занятиям, должен замечать свои успехи, радоваться им. У ребенка должно быть радостное ожидание успеха и похвалы, удовольствие от выполненной работы. Коррекционная работа подразумевает прямую и косвенную психотерапию, индивидуальное и групповое воздействие.

Коррекционное воспитание и обучение имеет своей целью формирование психических функций ребенка и обогащение его практического опыта наряду с преодолением имеющихся нарушений моторики, речи, сенсорных функций, поведения и др. Специальное воспитание и обучение направлено на предупреждение возможных вторичных отклонений, которые могут появиться из-за своевременно не преодоленной недостаточности по подготовке детей к обучению и к жизни в обществе.

В большинстве случаев дети с отклонениями в развитии нуждаются в лечебно-оздоровительном и психолого-педагогическом воздействии. Для коррекционного эффекта большое значение имеют условия воспитания ребенка в семье и раннее начало комплексных оздоровительных и обучающих мероприятий.

В системе комплексных мер большое значение имеет правильное отношение взрослых к имеющимся у ребенка трудностям, проблемам, нарушениям. Чрезмерная опека (гиперопека), равно как и отсутствие внимания к ребенку (гипоопека), в значительной мере утяжеляют общее нервно-психическое состояние ребенка, затрудняют процесс его социальной адаптации. Безусловно, во всех случаях показано раннее коррекционное воздействие, что обеспечивает максимальную эффективность работы.

Важно, чтобы ребенок не чувствовал себя исключительным или обделенным, ибо это неблагоприятно сказывается на его общем личностном развитии. Установка родителей на изоляцию ребенка с отклонениями в развитии от коллектива сверстников, общения с ними является тормозом в развитии ребенка. Родители детей с отклонениями в развитии должны получать квалифицированную помощь специалистов, направленную на приобретение ими необходимых знаний и навыков в работе по преодолению имеющегося у ребенка нарушения.

**Общеобразовательные учреждения**. В силу ряда причин (несвоевременное выявление имеющегося у ребенка нарушения, недостаточное внимание родителей и воспитателей к имеющимся у детей трудностям, отсутствие специального учреждения или мест в нем и др.) в массовом детском саду общего типа зачастую оказывается значительное число детей с нерезко выраженными, а следовательно, трудно выявляемыми, неправильно диагностируемыми отклонениями в развитии двигательной, сенсорной или интеллектуальной сферы, дети с дефектами речи, с эмоциональными нарушениями, с расстройствами поведения и др. Как правило, это дети с нарушениями слуха и фонематического восприятия, с нарушениями зрения и оптико-пространственных представлений, с нарушением опорно-двигательного аппарата и с задержкой психофизического развития, дети соматически или нервно-психически ослабленные.

Такие дети испытывают затруднения при прохождении некоторых или всех разделов программы дошкольного воспитания.

Однако, как установлено специальными исследованиями, при условии оказания специальной помощи проблемным детям, детям группы риска, детям с особыми нуждами их недостатки могут быть устранены или в достаточной степени сглажены. Решению этой проблемы способствует организация в массовых детских садах медицинской и психолого-педагогической службы.

Тщательное изучение каждого ребенка, особенностей его развития, индивидуализированная работа с ним по специально подобранным пособиям, с использованием адекватных методов и приемов воздействия способствуют максимальной подготовке детей к последующему школьному обучению и его социальной адаптации.

В теории и практике дошкольной коррекционной педагогики особую значимость имеют проблемы *интеграции* детей с отклонениями в развитии в системе обучения и в обществе в целом. Для решения этих проблем необходима реорганизация медико-психолого-педагогической диагностической, профилактической, социальной работы, включая патронажную службу применительно к разным категориям детей дошкольного возраста с проблемами в развитии.

За последние годы заметно расширилась система дошкольных учреждений для детей с отклонениями в развитии, улучшилось ее кадровое обеспечение, однако перед дошкольной коррекционной педагогикой стоит ряд важных задач.

Нарушения развития детей характеризуются все большим разнообразием по механизмам, степени выраженности, структуре и симптоматике. Это вызывает необходимость их углубленного изучения не только до, но и в процессе их коррекционного воспитания и обучения.

Предстоит совершенствовать экспресс-диагностику в системе комплексного изучения детей с одновременным учетом состояния интеллектуальной, сенсорной и аффективно-волевой сфер. По каждому разделу важно разработать диагностические и прогностические показатели.

**Существующая ныне в стране система дошкольного воспитания и обучения детей с нарушениями развития ориентируется на здоровые силы ребенка, его потенциальные возможности**. Эта система является комплексной, коррекционно-развиваюшей. Ее характеризует дифференцированность и интегрированность. Интегрированный характер дошкольного коррекционного воздействия реализуется объединением усилий специалистов разного профиля, направленных на изучение и обучение детей с отклонениями в развитии, комплексностью решения образовательно-воспитательных и коррекционно-развивающих задач, их взаимосвязью и взаимообусловленностью, усилением внутрипредметных и междисциплинарных связей посредством проведения интегрированных, комплексных занятий (по развитию изобразительной деятельности и речи, музыкальных и физкультурных занятий, по подготовке к обучению грамоте и конструированию и т.д.).

Интеграция в обучении детей с различными отклонениями в развитии является средством, обеспечивающим социальную адаптацию таких детей в дальнейшем. Под интеграцией понимается создание благоприятных условий для развития и саморазвития ребенка, выбор в соответствии с возможностями и потребностями ребенка типа учебной программы при переходе от дошкольного обучения и воспитания к школьному.

Ребенок с его особенностями и потенциальными возможностями - активно действующий субъект, а его воспитание - процесс управления его личностным развитием. Пути и организационные формы дошкольной интеграции различны, в том числе реорганизация системы типовых коррекционных образовательных учреждений с возможностью гибкого использования педагогом разных программ и приемов работы, создание новых моделей альтернативных учреждений (прогимназии, мини-школы, детские сады с набором дополнительных услуг, с реализацией работы по выбранным приоритетам и др.).

В настоящее время выявлены и научно обоснованы основные условия, способствующие успешной интеграции детей с отклонениями в развитии. Конспективно, как наиболее важное, можно назвать следующие: раннее выявление нарушений в развитии и организация раннего коррекционно-воспита-тельного воздействия, начиная с первых месяцев жизни (будь то ребенок с сенсорной, двигательной или иной патологией);

обоснованный отбор детей, определение тех, кто нуждается в воспитании в специально организованных условиях, в специализированных дошкольных учреждениях - это дети с наиболее тяжелыми отклонениями в развитии, - и определение тех, кто может быть вместе с нормальными детьми.

Такой отбор предусматривает учет характера первичного дефекта, особенности появления вторичных отклонений, уровня интеллектуального и речевого развития, возможностей обучаемости ребенка и т.д.

Важным условием интеграции является возможность включения семьи в коррекционную работу с ребенком.

Необходимо наличие вариативных учебных планов, программ, пособий для воспитания и обучения ребенка с отклонениями в развитии. Модели интегрированного обучения возможны различные: комбинированная, частичная и временная интеграция в условиях специальных дошкольных групп при массовых учреждениях (обычных детских садах), полная интеграция ребенка с проблемами в коллективе нормально развивающихся сверстников. В условиях интегрированного обучения и воспитания каждый ребенок должен получать помощь, адекватную имеющимся у него нарушениям. За продвижением такого ребенка в условиях интегрированного воспитания и обучения необходимы постоянный контроль, динамическое наблюдение.

В настоящее время в стране нет пока достаточных условий для обеспечения интегрированного обучения детей дошкольного возраста во всей полноте понимания проблемы интеграции. Видимо, это дело будущего. С уверенностью можно утверждать, что интегрированное обучение и воспитание является адекватной формой далеко не для всех детей с особыми нуждами, а только для части их.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Ермолаева М.В., психологические рекомендации и методы развивающей и коррекционной работы с дошкольниками. — М.: Издательство "Институт практической психологии"; Воронеж: Издательство НПО "МОДЭК", 1998. — 176 с. (Серия "Библиотека школьного психолога").