

Департамент образования Ярославской области
Государственное образовательное учреждение Ярославской области
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной
помощи «Центр помощи детям»

Вопросы инклюзивного образования
Практическое пособие
Часть 3
Обучение детей с нарушениями речи и интеллекта

Ярославль
2013

ББК
УДК

Рецензенты:

Н.Н. Мехтиханова, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова;

Л.В. Кочкина, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей педагогики и психологии ГОАУ Ярославской области Институт развития образования

Вопросы инклюзивного образования. Часть 3. Обучение детей с нарушениями речи и интеллекта. Практическое пособие. /Под редакцией Е.В. Коневой. – Ярославль, 2013. – 73 с.

Пособие представляет собой 3 часть серии изданий о теоретических и практических проблемах инклюзивного образования. Данная часть посвящена особенностям обучения и психолого-педагогического сопровождения детей с речевыми и интеллектуальными нарушениями.

Практическое пособие предназначено для специалистов образовательных учреждений и родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Авторы-составители: Анучина В.Е., Белова А.И., Беляева Е.Н., Мочалова И.В., Одинцова Е.Ю.

Содержание

Глава I. Специальные условия инклюзивного обучения детей с нарушениями речи.....	4
1.1. Речевая патология и особенности ее классификации	5
1.2. Педагогическая помощь в инклюзивном обучении детям с нарушениями речи	21
1.3. Психологическое сопровождение детей с нарушениями речи.....	30
Глава II. Специальные условия инклюзивного обучения детей со смешанными специфическими расстройствами психологического развития.....	49
2.1. Психологические особенности детей со смешанными специфическими расстройствами	53
2.2. Обучение детей со смешанными специфическими расстройствами психологического развития в образовательных учреждениях, реализующих инклюзивную практику	62
Глава III. Специальные условия инклюзивного обучения детей с нарушением интеллекта.....	66
3.1. Определение умственной отсталости. Диагностические критерии	66
3.2. Оптимизация образовательной среды для детей с умственной отсталостью в процессе инклюзивного образования.....	68

Глава I. Специальные условия инклюзивного обучения детей с нарушениями речи

Речь – важнейшая психическая функция, присущая только человеку. Благодаря речевому общению отражение мира в сознании одного человека постоянно пополняется и обогащается тем, что отражается в общественном сознании, связывается с достижениями всей общественно-производственной и культурной деятельности человечества. Таким образом, речь является основой коммуникативной функции, которая осуществляется посредством того или иного языка. На основе речи и ее смысловой единицы – слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. На огромное значение речи для развития мышления и формирования личности неоднократно указывал Л.С. Выготский, который писал: «Развитие речи представляет прежде всего историю того, как формируется одна из важнейших функций культурного поведения ребенка, лежащая в основе накопления его культурного опыта»¹.

Дети с нарушениями речи, интегрированные в массовую школу, испытывают значительные трудности в овладении процессами чтения и письма. Кроме того, дефицит концентрации памяти и внимания, низкая работоспособность, быстрая утомляемость затрудняют обучение по основным предметам. Поэтому проблема подготовки школы к интегрированному обучению детей с речевыми нарушениями занимает одно из важнейших мест в современном образовании².

Тяжелые нарушения речи оказывают отрицательное влияние на развитие познавательной деятельности, формирование личности ребенка, препятствуют его социальной адаптации. В связи с этим в процессе обучения детей с речевыми нарушениями проводится целенаправленное систематическое логопедическое сопровождение. Существенным звеном в логопедическом сопровождении является совместная работа со специалистами – медицинскими работниками, педагогом-психологом. Помощь невропатолога необходима для выявления этиологии речевого дефекта, сопутствующей неврологической симптоматики. Медицинский специалист назначает медикаментозное лечение, специальный массаж, физиотерапевтические процедуры³.

¹ Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1991.

² Кондратенко И.Ю. Подготовка к интегрированному обучению детей с речевыми нарушениями. // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2004. № 2. С.120-123.

³ Белова-Давид Р.А. К вопросу речевых расстройств у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. М., 2000. № 10. С. 324 -331.

1.1. Речевая патология и особенности ее классификации

Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребенка. К условиям формирования нормальной речи относятся наличие нормального слуха и зрения и достаточный уровень активного речевого общения взрослых с ребенком. В тех случаях, когда у ребенка сохранен слух, не нарушен интеллект, но имеются значительные речевые нарушения, которые не могут не сказаться на формировании всей его психики, говорят об особой категории аномальных детей – детях с речевыми нарушениями⁴.

Категория детей с нарушениями речи полиморфна по своему составу и весьма многочисленна. Нарушения речи имеют различную этиологию и патогенез, в структуре дефекта они могут выступать как первичные и как вторичные нарушения. К категории детей с нарушениями речи относятся дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи.

Г.В. Чиркина⁵ рассматривает речевые нарушения у детей и подростков в клинико-педагогической трактовке.

К нарушениям устной речи относятся 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.

К нарушениям структурно-семантического оформления высказывания относятся:

- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга,
- афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

К нарушениям письменной речи относятся:

- дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение процессов чтения,
- дисграфия (аграфия) – частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма⁶.

⁴ Аксенова Л.И., Архипов Б.А., Белякова Л.И. Специальная педагогика. М., 2004.

⁵ Венгер А.Л., Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика. Учебное пособие. М., 2002.

⁶ Там же.

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

Нарушение языковых средств общения:

– 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 I-IV уровня речевого развития), 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.⁷.

Рассмотрим медицинские и психологические аспекты речевой патологии, особенности медицинского сопровождения данных детей.

Расстройство экспрессивной речи⁸

Для этих детей характерны как типологические, так и индивидуальные особенности состояния речевых и неречевых психических функций. Данная категория представлена в основном детьми с остаточными проявлениями органического поражения ЦНС. Наиболее широко распространены два синдрома: гипертензионно-гидроцефальный и церебрастенический⁹. При гипертензионно-гидроцефальном синдроме выявляются повышенная утомляемость, снижение памяти, внимания, иногда наблюдаются возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность. Для церебрастенического синдрома характерны нервно-психическая истощаемость, эмоциональная неустойчивость, нарушение функций внимания и памяти. В одних случаях проявляется общее эмоциональное и двигательное беспокойство, в других – заторможенность, вялость, пассивность¹⁰.

У всех детей с данной патологией выявляется негрубое повреждение отдельных мозговых структур. При этом отмечают нарушения мышечного тонуса по типу дистонии, наличие непроизвольных движений в виде тремора, отставание моторного развития, нарушение равновесия и координации.

⁷ Венгер А.Л., Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика. Учебное пособие. М., 2002.

⁸ Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств / Пер. на русс. яз. под ред.: Нуллера, С.Ю. Циркина; Word Health Organization, 1992. СПб, 1994.

⁹ Маслова О.И. Динамика клинических синдромов органических поражении нервной системы у детей при длительной реабилитации. // Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1991.

¹⁰ Хомская Е.Д. Исследование влияний речевых реакций на двигательные функции у детей с церебрастенией // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. М., 1958. С. 131 -249.

Нарушения в развитии динамического праксиса сочетаются со слабостью кинестетических ощущений в общей и речевой мускулатуре. Дети испытывают затруднения при ориентации в пространстве, у них выявляются нарушения зрительно-пространственного гнозиса, затруднения в воспроизведении ритма и недостаточность фонематического слуха.

Детям с вышеперечисленной резидуально-органической патологией ЦНС и речевыми нарушениями проводится комплексное лечение, включающее в себя: медикаментозную терапию: ноотропы, сосудистые препараты, витамины; изиотерапию: лекарственный электрофорез, дарсонвализацию оральной мускулатуры; массаж, лечебную физкультуру¹¹.

Дизартрия

Дизартрия – нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражений заднелобных и подкорковых отделов мозга. Основными проявлениями дизартрии являются расстройство артикуляции звуков, нарушение голосообразования, изменение темпа и ритма речи, изменение интонации. Нарушения артикуляции и фонации, затрудняющие, а иногда и полностью препятствующие членораздельной звучной речи, составляют так называемый первичный дефект, который может привести к возникновению вторичных проявлений, осложняющих его структуру. Наиболее часто среди детей специальных дошкольных и школьных учреждений V вида встречается форма дизартрии на фоне минимальной мозговой дисфункции (ММД). У них наряду с недостаточностью речевой функции наблюдаются обычно нерезко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых функций¹².

Несмотря на то, что у детей не наблюдаются выраженные параличи и парезы, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они неуспешны в самообслуживании, отстают от сверстников в точности движений, у них с задержкой развивается готовность руки к письму, поэтому долго не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручной деятельности, в школьном возрасте отмечается плохой почерк¹³. Их моторная несостоятельность особенно заметна на занятиях по физкультуре и на музыкальных занятиях, где эти дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.

¹¹ Ковалев В.В. Патология речи органического и функционального генеза (клинико-психологический аспект и терапия). // Сб. науч. трудов МНИИ психиатрии. / Отв. ред. В.В. Ковалев М., 1985.

¹² Трошин В.М., Радаев А.М., Радаева Г.М., Халецкая О.В., Клинические варианты ММД у детей дошкольного возраста // Педиатрия, 1994. № 2. С. 72-75.

¹³ Винарская Е.Н., Пулатов А.Н. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент, 1989.

Эмоционально-волевые нарушения у детей с дизартрией проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита, предрасположенность к срыгиванию и рвотам, диатезу, желудочно-кишечным расстройствам. Они плохо приспосабливаются к изменяющимся метеорологическим условиям. В дошкольном и школьном возрасте они двигательны беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения, суетливости, часто проявляют грубость, непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении. Некоторые дети склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого; другие пугливы, заторможены в новой обстановке, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменению обстановки¹⁴.

Дети с дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания: испытывают трудности при одевании, не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и т.д. В процессе общения у них ограниченные возможности речевой коммуникации сопровождаются снижением мотивационно-потребностной сферы общения, трудностями реализации речевых средств, невыразительностью мимики лица и движений рук, что объясняется структурой дефекта при дизартрии.

Психолого-педагогическое обследование таких детей выявляет нарушение у них познавательной деятельности, а также недостаточность отдельных видов гнозиса и праксиса, что проявляется дисграфиями и дислексиями. Эта психологическая характеристика сочетается с нарушением взаимоотношений с окружающими, трудностями обучения, слабой успеваемости в школе, низкой самооценкой. Нередко эти нарушения поведения сочетаются с отсутствием отклонений от нормы в интеллектуальном развитии. При этом, как правило, усугубляется школьная дезадаптация. У некоторых детей начинают развиваться вторичные психогенные психические нарушения в связи с реакцией на собственную несостоятельность и ситуацию «хронического неуспеха». Большинство детей с нарушениями письма и чтения переживают состояние протрагированной фрустрации¹⁵. Чем жестче в семье и школе по отношению к ребенку, тем аномальнее его реакции на трудности.

Выраженность патологических форм реагирования зависит от степени эмоционально-волевой незрелости и выраженности психоорганического синдрома. У детей рано появляется опыт, связанный с неуспехом и состоянием непреодолимой преграды, в связи с чем они считают себя беспомощными. Все проблемы, связанные с неуспешностью в учебе, вызыва-

¹⁴ Лосев П.Н. Коррекция речевого и психического развития детей 4 – 7 лет: Планирование, конспекты занятий, игры, упражнения. М., 2005.

¹⁵ Шипицина Л.М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. СПб. 2003.

ют фрустрационные переживания и невротические реакции. На этом фоне появляются нередко протестные формы реакции на любые виды трудных ситуаций: прогулы уроков, отказ посещать школу, отказ выполнять уроки и пр.

При дизартрии используется комплексное лечение, включающее в себя медикаментозную терапию: ноотропы, сосудистые препараты, витамины; физиотерапию: синусоидальные моделированные токи, индуктотерапию, электрофорез, индуктотермию, ультразвуковую терапию.

Афазия

Афазия у детей – это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи (самостоятельная речь, повторение, называние предметов, действий, диалогическая речь и т.д.), влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи.

Афазия включает в себя четыре составляющие:

- 1) нарушение собственно речи и вербального общения;
- 2) нарушение других психических процессов;
- 3) изменение личности;
- 4) личностную реакцию на болезнь.

Аналогичные нарушения могут быть при иной патологии (олигофрения, аутизм, сенсорные нарушения, дефицит внимания, социальная депривация, аффективные расстройства, невроз, регрессия речи и т.д.), но в этом случае речевые нарушения рассматриваются как основные или сопутствующие симптомы основного заболевания. Часто афазии предшествуют различные черепно-мозговые травмы и поражения головного мозга, а также опухоли коры головного мозга, нарушения кровоснабжения, детские инфекционные заболевания. Необходимо отметить, что при всем многообразии форм афазии есть общие черты, характерные для всех детей с данным заболеванием¹⁶.

Афазия выражается в нарушении понимания речи и ее использования в общении и в мышлении. Например, в процессе игры ребенок сказал «домик», но через 1-2 секунды не может вспомнить это слово. В игре такой ребенок может издавать звуки, произносить слова, которые не имеют отношения ни к игрушке, ни к процессу игры. Он в состоянии понять звуковые стимулы, не являющиеся речью. Например, он может понимать смысл звонка будильника, но не в состоянии понять смысл предложения «Будильник звонит». Встречаются случаи эхоталии. В процессе игры ребенок подражает речи других детей и взрослого, но не понимает смысла сказанного.

Различают следующие формы афазии: акустико-гностическая (сенсорная), акустико-мнестическая, семантическая, афферентная моторная, эфферентная моторная, динамическая.

¹⁶ Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М. 1988.

При сенсорной афазии отмечается:

- 1) нарушение всех видов устной импрессивной речи;
- 2) нарушение чтения и письма;
- 3) нарушение устного счета (со слуха) из-за дефектов анализа звуков;
- 4) нарушение воспроизведения ритмов (ритмических постукиваний);
- 5) нарушение эмоционально-волевой сферы – тревожность, эмоциональная лабильность, возбудимость. Выраженность данных нарушений зависит от степени выраженности основного дефекта.

Акустико-мнестическая афазия характеризуется следующими проявлениями:

- 1) негрубое нарушение понимания речи и отчуждение смысла слов, негрубое нарушение устной речи;
- 2) чтение как функция не страдает, состояние функции письма «опережает» устную речь;
- 3) дефекты счета проявляются при устном предъявлении соответствующих заданий; есть трудности удержания в памяти частей арифметических действий;
- 4) нарушение эмоционально-волевой сферы – имеет место тревожность и «суетливость».

Для семантической афазии характерно:

- 1) не обнаруживается глубокого нарушения экспрессивной речи: дети могут разговаривать, используя простые конструкции предложений, понимать просто построенную обращенную речь;
- 2) нет нарушений письма и чтения;
- 3) присутствует симультанная агнозия, астереогноз, нарушения схемы тела;
- 4) отмечается первичная акалькулия;
- 5) речь, грамматически просто построенную, дети хорошо понимают, однако всякое усложнение грамматического строя речи ведет к ее непониманию, к растерянности; дети производят впечатление людей со снижением памяти, с сужением кругозора.

Афферентная моторная афазия:

- 1) присутствует нарушение тонких артикуляционных движений, проявляющееся в невозможности найти нужное положение губ, языка при произнесении звуков и слов;
- 2) нарушаются все функции, виды и формы речи;
- 3) в зависимости от степени выраженности дефекта чтение вслух может либо полностью отсутствовать, либо проявляться отдельными ошибками при произношении слов;
- 4) письмо при грубом дефекте может полностью отсутствовать, при легкой форме возможно написание простых текстов под диктовку;
- 5) наличие акалькулии при выраженном дефекте.

Эфферентная моторная афазия включает:

- 1) персеверации, затрудняющие или делающие совсем невозможной устную речь;
- 2) симптом трудности включения в активную речь;
- 3) нарушение предметных действий (апраксия);
- 4) в зависимости от степени выраженности дефекта чтение отсутствует, либо возможно, но сопровождается значительными произносительными трудностями; письмо при выраженном дефекте отсутствует, либо сопровождается наличием большого количества специфических ошибок;
- 5) акалькулия при выраженном дефекте¹⁷.

Динамическая афазия:

- 1) нарушается коммуникативная функция речи;
- 2) страдает экспрессивная форма речи;
- 3) сохранены письмо и чтение;
- 4) наблюдается акалькулия при выраженном дефекте, при средней и легкой форме дефекта нарушения счета за счет истощения внимания.

Таким образом, анализируя вышеприведенную классификацию, можно прийти к выводу, что при наблюдении и сопровождении детей с афазией на первый план выходит важность точной первичной диагностики. В зависимости от формы и степени выраженности афазии выявляются разнообразные дефекты не только речи, но и счета, личностной сферы, памяти, внимания, мышления. При постоянной работе логопеда необходим комплексный подход для усвоения базовой программы дошкольных учреждений, школ, совместная работа воспитателей, педагогов, психологов, врачей.

У детей при афазии выявлены синдром внутречерепной гипертензии, гиперкинетические расстройства, нарушения активности и внимания, характерные для детского возраста эмоционально-поведенческие расстройства, энурез, тикозные расстройства судорожный синдром. Соответственно необходимо постоянное наблюдение медицинского персонала и назначение соответствующей терапии.

При лечении детей с афазией используют как физиотерапию, так и медикаментозное лечение. Последнее включает в себя курсовую патогенетическую медикаментозную терапию, в которой используются следующие группы лекарственных препаратов: 1) дегидратационные; 2) нейрометаболические церебропротекторы; 3) рассасывающие средства; 4) ангиопротекторы; 5) витаминные средства и их аналоги; 6) противосудорожные препараты — при наличии выраженной пароксизмальной активности и снижении судорожной готовности в сочетании с судорожными проявлениями или их эквивалентами; 7) средства, регулирующие эмоциональные и поведенческие реакции; 8) гепатопротекторы. Курсы

¹⁷ Данилова Л.А. Соотношение между нарушением языковых систем и нарушением мышления при моторной афазии и алалии // Конференция по вопросам нарушения и восстановления речи. М. 2005. С. 10-11.

патогенетическую медикаментозную терапии необходимо проводить в осенне-весенний период с перерывом на лето. В течение года пациенты получают 2-3 курса фармакотерапии. При назначении препаратов учитывается выраженность специфической речевой, неврологической и психоорганической симптоматики и их динамика в процессе комплексной реабилитации¹⁸.

Физиотерапевтическое лечение включает лекарственный электрофорез, дарсонвализацию оральной мускулатуры; массаж, лечебную физкультуру; индуктотермию, ультразвуковую терапию.

Алалия

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Алалия представляет собой системное недоразвитие речи, при котором нарушаются все ее компоненты: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй.

Симптоматика алалии достаточно многообразна и не ограничивается нарушением только речевой функции. Характер алалического синдрома в каждом конкретном случае имеет индивидуальные особенности, зависит от локализации и тяжести органического поражения, от общего соматического состояния ребенка, его возраста, интеллектуальных возможностей, окружающей его среды. Синдром алалии составляют неврологические, психопатологические и речевые симптомы.

Неврологическая симптоматика может иметь выраженный, а чаще стертый характер. У детей с алалией может наблюдаться неврологическая микросимптоматика, свидетельствующая о неблагополучии со стороны центральной нервной системы (нарушения тонуса некоторых групп мышц, спастичность, паретичность, односторонний птоз, горизонтальный нистагм и др.). Иногда у таких детей выявляется синдром минимальной мозговой дисфункции. Одними из наиболее часто встречающихся при алалии неврологическими симптомами являются апраксия и агнозия¹⁹.

Психопатологическая симптоматика проявляется в отклонениях от нормы в развитии сенсорных функций (зрительного восприятия, слухового восприятия, тактильно-двигательных ощущений). Также наблюдаются отклонения в формировании, развитии и протекании психических процессов: памяти (особенно страдает слухоречевая память), внимания (слуховое внимание), мышления (интеллектуальное развитие детей-алаликов в известной мере лимитировано состоянием речи). У этих детей есть некоторые интеллектуальные особенности: примитивизм, конкретность мышления, пробелы в знаниях, трудности в овладении понятиями. Все эти проблемы

¹⁸ Бенилова С.Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004.

¹⁹ Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Минимальные мозговые дисфункции. // Науч. обзор. М. 1980.

усугубляются общим снижением работоспособности, высокой утомляемостью, слабостью произвольного внимания.

Некоторое интеллектуальное отставание детей с алалией резко отличается от отставания детей с олигофренией:

- у детей с алалией не страдает познавательный интерес, у них живой взгляд; поведение, заинтересованное в окружающем. Такие дети пытаются играть, восполняя речевой недостаток жестами, выразительной мимикой;
- у детей с алалией некоторая интеллектуальная задержка носит парциальный характер, в то время как у детей с олигофренией – диффузный;
- у детей с алалией по мере развития речи вторичная интеллектуальная отсталость постепенно сглаживается²⁰.

Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с алалией характеризуются следующим: часто наблюдается психический инфантилизм, одной из характерных черт которого являются особенности эмоционально-волевой сферы. Эти особенности проявляются в лабильности настроения (причем смена настроения часто неадекватна), характерна некоторая дурашливость, отсутствие самокритики, излишняя доверчивость. Игровая деятельность также отличается своеобразием: чаще у детей с алалией в игре роль ведомых. Наблюдение за игрой может быть крайне информативным в плане характеристики эмоционально-волевой сферы²¹. У детей с более выраженной органической недостаточностью могут наблюдаться проявления немотивированной агрессии, раздражительности, характерно нежелание вступать в контакт, замкнутость, волевые качества не развиты, при затруднениях следует отказ от начатой деятельности.

Выделяют следующие формы алалии: моторная (нарушается область коры головного мозга, отвечающая за речевые движения); сенсорная (нарушается область коры головного мозга, отвечающая за восприятие речи); смешанная.

Моторная алалия – системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевого высказывания при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций. Таким образом, у детей с алалией недоразвитие речи сочетается с нарушениями активности разных компонентов деятельности. Наблюдается многообразие вариантов недоразвития речи: от полного до частичного ее отсутствия. На этапах более высокого развития затруднения выявляются в развернутой речи, при усложнении ситуации общения, при выполнении специально подобранных заданий. Недостаточная прочность навыка связной речи маскируется у ребенка предельным лаконизмом, скудностью речевых проявлений или наоборот многоречием, тавтологией.

²⁰ Лосев П.Н. Коррекция речевого и психического развития детей 4 – 7 лет: Планирование, конспекты занятий, игры, упражнения. М., 2005.

²¹ Шипицина Л.М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. СПб., 2003.

Основным симптомом сенсорной алалии являются трудности понимания речи вследствие нарушения работы речеслухового анализатора, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Это приводит к недостаточному анализу и синтезу звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга, как следствие этого не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь. Степени недоразвития речеслухового анализатора, как и речедвигательного, бывают различными, отсюда и многообразие проявлений недостатков понимания. В более грубых случаях ребенок совсем не понимает речь окружающих, безразличен к любым речевым и неречевым звуковым раздражителям. В других случаях ребенок понимает отдельные обиходные слова, но теряет их понимание на фоне развернутого высказывания. На всех этапах развития ребенка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, его устойчивости и распределения, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывистость внимания. Во всех случаях у ребенка с сенсорной алалией отмечаются нарушения личности: разнообразные трудности в поведении, особенности эмоционально-волевой сферы, вторичная задержка умственного развития²².

Наиболее эффективно комплексное лечение алалии, включающее в себя следующие аспекты:

- специальная система логопедических занятий, способствующих развитию речи у детей с моторной и сенсорной формой алалии;

- массаж артикуляционной мускулатуры, участвующей в произнесении звуков. Проводится специальными зондами и способствует нормализации тонуса речевых мышц для облегчения звукопроизношения. Проводится курсами по 8 – 10 сеансов.

- микротоковая рефлексотерапия: активизация речевых зон головного мозга (отвечающих за дикцию, словарный запас, желание вступать в речевой контакт, понимание обращенной речи, навык построения сложных предложений). Схемы лечения подбираются индивидуально – с учетом особенностей задержки развития у каждого ребенка. Проводится курсами по 15 сеансов.

- медикаментозное лечение, направленное на ускорение созревания мозговых структур и на снятие невротических проявлений, что существенно облегчает последующую логопедическую работу с ребенком, включающее в себя ноотропы, витаминотерапию, средства, регулирующие эмоциональные и поведенческие реакции ребенка²³.

²² Кириченко Е.И., Ковалев В.В. К вопросу о динамике речевых и психических нарушений у детей и подростков с синдромом сенсорной и моторной алалии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1970. Т. 70. № 10. С.1561–1565.

²³ Мастюкова Е.М., Семенова К.А. Клинические аспекты применения психотропных средств у детей и подростков с речевыми нарушениями. // Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психическими больными. М.,2009.

Ринолалия

Ринолалия (гнусавость) – изменение тембра голоса, искажение произношения звуков в результате нарушения нормального участия носовой полости в процессе речеобразования. Причины возникновения ринолалии можно разделить на органические и функциональные центрального или периферического характера, врожденные и приобретенные.

В настоящее время выделяют 3 основных формы ринолалии: открытая, закрытая, смешанная.

Открытая ринолалия характеризуется дефектной артикуляцией и акустическим эффектом нозализации речевых звуков. Общим признаком открытой ринолалии является то, что проход в носовую полость по тем или иным причинам остается открытым, вследствие чего все звуки произносятся с носовым оттенком. Органическая открытая ринолалия чаще всего является следствием врожденных дефектов нёба – расщелин. Ринолалия при расщелине нёба характеризуется своеобразным комплексом симптомов: изменение положения и активности языка, нарушения деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого нёба, изменение взаимодействия мышц всего периферического отдела речедвигательного анализатора, особенности речевого дыхания (ускоренное, поверхностное, учащенное). До 80% детей с органической открытой ринолалией страдают снижением слуха. Это связано с частыми простудами, насморками, воспалениями евстахиевой трубы, ведущими к заболеваниям уха. Вследствие снижения слуха, нечеткости собственной артикуляции у детей с открытой ринолалией часто наблюдается недоразвитие фонематического слуха; вторичным следствием этого могут быть трудности овладения звуковой структурой слов. Это также может повлечь недоразвитие словарного запаса детей, неполноценность грамматического строя речи, т.е. расстройство экспрессивной речи. При данной патологии могут наблюдаться вторичные психологические наслоения: ребенок начинает осознавать дефектность своей речи, начинать ее стесняться, что может вызвать замкнутость, речевой негативизм, специфические особенности поведения. Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и нёба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтот, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов²⁴.

При функциональной открытой ринолалии дефект речи может быть обусловлен гипокенезом мягкого нёба вследствие частых заболеваний носоглотки, слабости нервных импульсов или общей мышечной вялости, нарушением контроля за собственной речью при сниженном слухе, раздражением назальной речи. Иногда функциональная открытая ринолалия

²⁴ Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия. Учебное пособие для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов. / Под ред. О.Н. Усановой. М., 1983.

может иметь место после преодолённой органической открытой ринолалии, в таких случаях мягкое нёбо привычно опущено. Также такая форма ринолалии может иметь место при истерии, в данном случае ее особенность – преходящий характер. Общий признак закрытой ринолалии: проход в носовую полость всегда оказывается закрыт, в том числе и для носовых звуков, голос имеет глуховатый оттенок, как при насморке.

Закрытая органическая ринолалия обусловлена дефектами областей зева, носа, носоглотки. Причинами могут быть гипертрофия слизистой носа вследствие хронических насморков, полипы и опухоли носовой полости, искривление носовой перегородки, механические препятствия в области носоглотки. Функциональная закрытая ринолалия обусловлена гиперфункцией мягкого нёба, которое преграждает путь воздушной струи через нос. Эта форма возникает при ненарушенном носовом дыхании, при хорошей носовой проходимости. Гиперфункция мягкого нёба может быть обусловлена результатами операции по удалению аденоидов, недостатками слухового контроля, подражанием гнусавой речи окружающих.²⁵

Неполноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций ребенка и в первую очередь — на становлении личности. Своеобразие ее развития обуславливается неблагоприятными условиями жизни в коллективе, так как нарушение речи как средства коммуникации затрудняет адаптацию детей в среде сверстников. Часто их общение с коллективом односторонне, а результат общения травмирует детей. У них развивается замкнутость, застенчивость, раздражительность. Деятельность их находится в более благоприятном состоянии, так как эти дети нередко интеллектуально полноценны (если ринолалия проявляется в чистом виде). Целенаправленная работа по преодолению дефекта речи способствует становлению положительных черт характера, стимулирует развитие высших психических функций. Катамнестические сведения, представленные в литературе, показывают, что большинство детей с ринолалией способно к высокой степени компенсации дефекта и реабилитации функций.

При дефектах строения верхней челюсти или носоглотки лечение ринолалии происходит совместно с хирургами, корректирующими непосредственный дефект. После этого проводят исправление нарушений речи. При этом важно как можно раньше исправить дефект строения органов речи. Расщелины верхней губы можно оперировать начиная со второй недели жизни, но не позже года, а при несращении твердого нёба – «волчья пасть» – оперативное лечение проводят до пятилетнего возраста. Чем раньше проводится подобная коррекция, тем проще ребенку усвоить правильное произношение. Таким образом, в детские сады и школы в основном попадают дети, уже прошедшие оперативный курс лечения, но нуждающиеся при этом в динамическом наблюдении хирургов, ортодонтотв, стоматологов для внесения

²⁵ Зайцева Л.А., Зайцев И.С., Левяш С.Ф., Ясова И.Н. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция. Учебно-методическое пособие. М., 2001.

необходимых корректив по мере роста и развития ребенка. Также дети с данной патологией нуждаются в постоянном наблюдении неврологов, так как врожденные дефекты часто сочетаются с разнообразной неврологической патологией. Реабилитация детей с речевой патологией состоит из комплексного воздействия, включающего медикаментозное лечение, транскраниальную магнито-электро стимуляцию (ТКМЭС) и логопедические коррекционные занятия с пациентом. Медикаментозное лечение подбирается индивидуально с учетом имеющегося заболевания, степени нарушения утраченных функций, состояния организма в целом. Целью медикаментозной терапии является улучшение интегративной способности мозга (речи, памяти, внимания, способности к обучению) за счет активизации процессов нейропластичности²⁶.

Функциональная ринолалия обычно корректируется при помощи специальных логопедических комплексов с использованием средств, которые направлены на устранение основной причины.

Заикание

Заикание – нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Заикание, начавшееся у детей в дошкольном возрасте, рассматривается в литературе как самостоятельная речевая патология, в отличие от так называемого симптоматического заикания, которое наблюдается при различных заболеваниях головного мозга органического генеза или ряда нервно-психических расстройств. Основным симптомом заикания являются судороги мышц речевого аппарата в процессе устной речи. Судороги возникают только в момент речи или при попытке начать речь и выражаются в непроизвольном сокращении мышц речевого аппарата. Судороги имеют различную локализацию, тип (тонические и клонические) и силу выраженности. На фоне судорог появляются судорожные запинки, нарушение речевого дыхания. Речь заикающихся, как правило, сопровождается сопутствующими движениями. Часто эти движения являются насильственными, но могут носить и маскировочный характер. В некоторых случаях данные движения бывают настолько сложны, что начинают напоминать двигательные ритуалы. Устная речь у подростков и взрослых с заиканием нередко сопровождается вегетативными реакциями. Это может выражаться покраснением или побледнением лица, резким учащением сердцебиения. В процессе речи усиливается потоотделение. У большого числа заикающихся, начиная с подросткового возраста, наблюдается патологическая личностная реакция на речевой дефект в виде боязни речевого общения – логофобия. Логофобия включает в себя навязчивые переживания и страх возникновения речевых

²⁶ Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия. Учебное пособие для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов / Под ред. О.Н. Усановой. М.1983.

судорог. Этот страх усиливается в определенных ситуациях, в связи с чем возникает реакция избегания «речевых» ситуаций, наблюдается ограничение общения. Логофобия существенно осложняет общую картину данной речевой патологии.

Нередко у заикающихся детей отмечается органическое поражение мозга резидуального характера, возникающее во внутриутробном, пренатальном или постнатальном периодах развития. Это поражение, как правило, бывает диффузным, в то же время обычно отмечают те или иные отклонения в состоянии моторных структур мозга. В целом для заикающихся лиц характерна недостаточность двигательной сферы, выраженная в разной степени. Также люди с данной патологией характеризуются такими чертами поведения, как повышенная впечатлительность, тревожность, низкий уровень адаптации к новым условиям, что свидетельствует об особом, более раннем состоянии центральной нервной системы, чем в норме²⁷.

В дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми остаются практически обычными. Резко меняется поведение заикающихся детей к 10-12 годам. В этот период появляется осознание своего дефекта речи, боязнь произвести на собеседника неблагоприятное впечатление, обратить внимание посторонних на речевой дефект, не суметь выразить мысль из-за судорожных запинок и т. д. Именно в этом возрасте начинает проявляться патологическая личностная реакция на речевое нарушение. В таких случаях образуется своеобразный порочный круг, когда судорожные запинки в речи обуславливают сильные эмоциональные реакции отрицательного знака, способствующие, в свою очередь, усилению речевых нарушений.

Практически у всех детей с таким тяжелым речевым нарушением, как заикание, выявлено своеобразие протекания психических процессов, частые проявления импульсивности или, наоборот, заторможенности. Иногда они не могут принять решение не потому, что не могут дать правильный ответ, а потому, что стрессовые состояния дезориентируют их деятельность²⁸. Отмечены отклонения в эмоциональных, волевых и мотивационных проявлениях детей: низкая самооценка, чувство неуверенности, тревожность, немотивированные страхи, прежде всего страх речи. Одним из показателей неэффективного речевого поведения является ригидность коммуникативных приемов поведения. Замечено, что проявления заикания находятся в прямой зависимости от индивидуально-личностного отношения ребенка к тем или иным условиям общения. Степень тяжести заикания у детей адекватна степени их фиксированности на своем дефекте.

²⁷ Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста // Избранные главы. М., 1974.

²⁸ Лосев П.Н. Коррекция речевого и психического развития детей 4 – 7 лет: Планирование, конспекты занятий, игры, упражнения. М., 2005.

В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растут и воспитываются дети с заиканием, названные психические явления могут в разной степени или проявляться кратковременно, или закрепляться и перерасти в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся. Возникающая при заикании затрудненность речевого общения не проходит бесследно для формирования личности ребенка, его поведения²⁹.

Патопсихологические особенности, возникающие в эмоционально - волевой сфере и характере ребенка, усиливаются или ярче проявляются в более старшем школьном возрасте.

Заикающийся ребенок обычно сам чувствует неправильность своей речи и часто жалуется на это. Он боится говорить или говорит шепотом, в основном ограничивается короткими ответами, иногда предпочитает молчать и в общении с окружающими пользоваться жестами. Заикание резко меняет поведение ребенка в школе. Он становится раздражительным, озлобленным, застенчивым, пугливым. Не имея возможности свободно говорить, ребенок сторонится детей, предпочитает одиночество. Часто дети передразнивают заикающегося ребенка, смеются над ним. В связи с этим ребенок все более осознает свой недостаток, что приводит к дальнейшему ухудшению состояния его речи. Чем больше заикающийся ребенок стремится избежать затруднений в речи, тем меньше это ему удастся, и он тяжело переживает свой недостаток.

Личностные качества школьника подвергаются значительным изменениям в связи с новой обстановкой: попадая в школу из домашней среды, где его дефект чаще встречал сочувствие и ласку, или из детского сада, где маленькие дети вообще мало обращали внимания на его дефект, первое с чем встречается школьник, это то, что его дефект обращает на себя внимание учеников. Неблагоприятная обстановка вызывает острое переживание у такого ребенка, и если прежде он особенно не тяготился своим дефектом, то сейчас он начинает сознавать, что он не такой как все, начинает следить за своей речью, стараясь избежать судорожного спазма и это, как правило, ухудшает ее. Невротические явления нарастают, и на фоне их возникает ряд специфических психологических симптомов, характерных для заикающихся, усиление спазмов, возникновение страха перед речью и даже перед произнесением отдельных звуков. Сам процесс обучения, необходимость отвечать урок перед всем классом, перед учителем – все это сверхраздражители для заикающегося ребенка. По мнению А.В. Ястребовой, требования быстрого ответа, возможные насмешки товарищей во время классных занятий тяжело травмируют ребенка, значительно усугубляя дефект его речи: в эти моменты появляется судорожность, граничащая с полной немотой³⁰.

Выделяют два вида заикания: невротическое и неврозоподобное.

²⁹ Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Справочник психолога начальной школы. Ростов-на-Дону, 2004.

³⁰ Чибисова М.Ю., Пилипко Н.В. Психолог в школе. М., 2004.

Для невротической формы заикания характерны следующие особенности: проявление в возрасте от 2 до 6 лет; наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения; преимущественно психогенное начало речевой патологии (острая или хроническая психическая травма); большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния заикающегося и условий речевого общения.

Для невротоподобной формы заикания характерно: судорожные запинки появляются у детей в возрасте 3-4 лет; появление судорожных запинок совпадает с фазой развития фразовой речи; заикание начинается постепенно вне связи с психотравмирующей ситуацией; периоды плавной речи отсутствуют; качество речи мало зависит от речевой ситуации; привлечение активного внимания заикающихся к процессу говорения облегчает речь; физическое или психическое утомление, соматическая ослабленность ухудшают качество речи.

При разработке реабилитационных мер следует учитывать характер первичного поражения нервной системы при невротическом и невротоподобном заикании в связи с тем, что детерминанта патологической системы является образованием, наиболее резистентным к коррекционным воздействиям.

При невротической форме заикания терапевтические воздействия должны быть направлены на снижение возбудимости эмоциогенных структур мозга, что может достигаться с помощью сочетания медикаментов и различных психотерапевтических приемов, от стресс-терапии, гипноза, до аутогенной тренировки. Логопедические занятия на этом фоне проходят значительно эффективнее. Заикающиеся дети с невротоподобной формой речевого дефекта нуждаются в длительных коррекционно-педагогических воздействиях, способствующих развитию регулирующих функций мозга (стимуляция внимания, памяти и других психических процессов), в специальном медикаментозном лечении, направленном на редукцию последствий раннего органического поражения мозга. Логопедические занятия должны быть регулярными в течение значительного времени³¹.

Медикаментозная терапия включает в себя средства, используемые преимущественно для снятия тревожности, устранения проявлений депрессии, улучшения работы мозга. Наиболее часто при заикании используются седативные средства, общеукрепляющие средства, ноотропы, витамины. При спастической форме заикания назначают спазмолитические препараты, при наличии судорожной готовности могут быть использованы противосудорожные препараты³².

³¹ Фесенко Ю.А. Психофизиологический анализ функционального состояния мозга при заикании и некоторых пограничных расстройствах у детей 5-8 лет. // Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1994.

³² Ретюнский К.Ю. Патогенетический подход к фармакотерапии заикания с затяжным неблагоприятным течением // Конгресс по детской психиатрии. М., 2001.

При лечении заикания помимо медикаментозного лечения используются также и физиотерапия: мезодиэнцефальная модуляция, магнитопунктура, магнитотерапия. Учитывая то, что конечным результатом патологической системы является нарушение ритма протекания речевого психомоторного акта, в комплекс лечебных и психолого-педагогических воздействий обязательно включаются методы, направленные на ритмизацию движений. Занятия под музыку с ритмическими движениями рук, ног, туловища, а в дальнейшем сочетание этих движений с пением, мелодекламацией, чтением стихотворных и прозаических текстов нормализующе действуют на протекание речевого акта. Логоритмика как один из коррекционных приемов благотворно сказывается не только на состоянии речи заикающихся, но и на личности в целом, так как в процессе занятия корригируются различные моменты вербальной и невербальной коммуникации, расширяющие речевые возможности заикающихся. Комплексные мероприятия, направленные на все звенья и уровни патологической системы речи, а также на личность заикающихся, позволяют получить стабильный коррекционный эффект.

1.2. Педагогическая помощь в инклюзивном обучении детям с нарушениями речи

Педагогическая помощь в инклюзивном обучении детей с нарушениями речи дошкольного возраста

Чем раньше начинается работа с ребенком, имеющим ограниченные возможности здоровья, тем выше его шансы на адаптацию и социализацию в обществе. Это обусловлено не только процессами гуманизации, но и доказанной эффективностью и результативностью ранней коррекционно-педагогической помощи ребенку с различными речевыми расстройствами.

Кроме преодоления уже имеющихся у ребенка речевых трудностей, раннее выявление и ранняя комплексная коррекция отклонений в развитии ребенка дают возможность предупредить появление отклонений вторичной и третичной природы. Ранняя помощь может иметь коррекционный или профилактический характер, то есть либо преодолевать сложившиеся проблемы, либо предупреждать их возникновение в будущем.

Дети с нарушениями речи дошкольного возраста могут получать коррекционно-педагогическую помощь в таких специальных учреждениях, как:

- ясли-сад для детей с нарушениями речи,
- детский сад для детей с нарушениями речи компенсирующего вида (все группы в таком учреждении – логопедические),
- группы для детей с нарушениями речи при детских садах общего типа (комбинированного вида),
- государственные образовательные учреждения (ГОУ) «Школа-детский сад» для детей с нарушениями речи,

- логопедические пункты на базе детских садов общеразвивающего вида.

В дошкольном образовательном учреждении (ДОУ) компенсирующего или комбинированного вида осуществляется дифференцированное обучение и воспитание детей с различными формами речевых нарушений, имеющих сохраненный слух и интеллект с учетом их возраста³³.

Основные направления работы с детьми в логопедических группах дошкольных учреждений:

- коррекция речевого нарушения;
- подготовка к обучению по программе общеобразовательной школы;
- подготовка к обучению по программе специального (коррекционного) класса V вида (для детей с тяжелыми нарушениями речи).

Развитие речи – специальный раздел коррекционно-развивающей работы с детьми, направленный на формирование всех компонентов языковой системы, на развитие познавательных способностей, внимания, памяти, мышления. В общем виде в программах реализуются следующие задачи развития речи:

- структурные – осуществляется формирование разных структурных уровней системы языка: фонетического, лексического, грамматического;
- функциональные – формируются навыки владения речью в общении (обмен информацией и переживаниями);
- когнитивные – формируется осознание языка и речи, последовательное усложнение интеллектуально-речевых действий на основе усложнения мотивации и соотношения мотива и результата.

Характер коррекционного воздействия и выбор методических приемов зависят от того, какие звенья речевой системы нуждаются в первоочередной коррекции и формировании. Решение коррекционных задач невозможно без учета исходных положений дошкольной педагогики:

- принцип взаимосвязи сенсорного, умственного и речевого развития детей;
- формирование речи с учетом закономерностей ее развития в онтогенезе;
- принцип коммуникативно-деятельностного подхода к развитию речи.

Учитываются психолингвистические положения о последовательном усложнении речевых операций:

- от речевого навыка к речевому умению и речевым высказываниям, подчиненным задачам общения;
- принцип формирования элементарного осознания языковых явлений;
- принцип обеспечения активной речевой практики³⁴.

В современных логопедических методиках при обучении детей с системными речевыми нарушениями (общее недоразвитие речи, выраженное

³³ Венгер А.Л., Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика. Учебное пособие. М., 2002.

³⁴ Борякова Н.Ю. Педагогические системы воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии. М., 2008.

фонетико-фонематическое недоразвитие) наиболее эффективным является коммуникативно-деятельностный подход, предполагающий:

- взаимосвязанное обучение различным видам речевой деятельности;
- опору на высказывание и текст как основные единицы языковой системы;
- подчиненность речевых навыков развитию коммуникативных умений.

Традиционно используются модификации словесных, наглядных и игровых методических приемов развития речи. Особенно широко применяются словесные приемы: речевой образец, повторное проговаривание, объяснение, оценка детской речи, вопрос.

Основные особенности познавательной сферы детей с речевыми нарушениями: недостаточная сформированность и дифференцированность мотивационной сферы, недостаточная концентрация и устойчивость внимания, слабость в развитии моторики, пространственные трудности. Без направленной коррекционной работы эти имеющиеся у детей трудности в дальнейшем могут принять большую выраженность и привести к отсутствию интереса к обучению, снижению объема памяти, ошибкам запоминания, трудностям в овладении письмом (дисграфией), трудностям в овладении чтением (дислексией), слабому овладению грамматикой. Для обеспечения нормального развития ребенка в целом в программу обучения включается комплекс заданий, направленных на развитие когнитивных процессов: памяти, внимания, мышления, воображения и предпосылок их нормального развития. Предусматривается развитие мелкой моторики, зрительно-пространственного и слухового гнозиса, познавательной активности, мотивационной сферы³⁵.

Педагогическая помощь в инклюзивном обучении детей с нарушениями речи школьного возраста

Состав детей, поступающих в школу неоднороден. Среди них дети посещавшие обычный детский сад, дети посещавшие логопедические группы в детских садах, а также дети, не посещавшие детский сад.

В зависимости от тяжести речевого нарушения дети школьного возраста получают разного вида логопедическую помощь. Дети с негрубыми речевыми нарушениями обучаются в массовых школах и могут получать ее в школьных логопедических пунктах. В задачи логопедического пункта входит коррекция нарушений в развитии устной и письменной речи обучающихся, своевременное предупреждение и преодоление трудностей в освоении обучающимися общеобразовательной программы, просветительская работа с учителями и родителями по вопросам нарушений речи и их коррекции у детей³⁶. В случаях, когда нарушение речи носит более выраженный характер и не может быть преодолено в условиях школьного логопедического пункта, а ребенок в силу имеющегося дефекта не может наравне со сверстниками

³⁵ Там же.

³⁶ Костенкова Ю.А., Пузанов Б.П., Селиверстов В.И., Шаховская С.Н. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. М., 1998.

усваивать общеобразовательную программу, обучение проводится по программе специального (коррекционного) класса V вида³⁷.

Инклюзивное обучение является одной из форм дифференциации образования, позволяющей решать задачи своевременной активной помощи детям с трудностями в обучении, вызванными тяжелыми нарушениями речи, адаптации к школе, укрепления физического и нервно-психического здоровья детей. Специальное (коррекционное) обучение по программе V вида в инклюзивном образовательном учреждении может стать составной частью непрерывного реабилитационного пространства на основе интеграции дошкольных учреждений, общеобразовательного учреждения, учреждений дополнительного образования, учреждений начального среднего и высшего профессионального образования. Инклюзивное обучение предполагает единую основу учебных планов для всех категорий учащихся с особыми образовательными потребностями, осуществление принципа преемственности, во-первых, между начальным и основным общим образованием, во-вторых, между специальными и общеобразовательными программами.

Данное обучение обеспечивает оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в речевом развитии в соответствии с их возрастными и индивидуально-типологическими особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья. В рамках образовательного процесса должно осуществляться взаимодействие диагностико-консультативного, коррекционно-развивающего, лечебно-профилактического, социального направлений деятельности³⁸.

По специальной (коррекционной) программе V вида обучаются дети с общим недоразвитием речи II и III уровня с такими тяжелыми формами речевой патологии как дизартрия, ринолалия, алалия, афазия, дислексия, дисграфия, заикание. Целесообразно обратиться к опыту организации образовательного процесса в этих классах при создании условий для обучения детей с тяжелыми нарушениями речи в массовой школе. Специальные (коррекционные) программы V вида создаются для детей с ограниченными возможностями здоровья (дети с тяжелыми нарушениями речи). В них работа направлена на коррекцию отклонений в развитии детей, коррекцию нарушений речи, обеспечение условий для полноценного освоения обучающимися общеобразовательных программ и их социально-психологическую реабилитацию с целью интеграции в общество.

³⁷ Там же.

³⁸ Приказ Министерства образования Российской Федерации от 10 апреля 2002 г. № 29/2065-п «Об утверждении учебных планов специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии».

Инклюзивное обучение по программе V вида осуществляется по приказу руководителя общеобразовательного учреждения по согласованию с учредителем на основании:

- лицензии на данный вид деятельности;
- заключения на ребенка территориальной ПМПК;
- путевки-направления, выдаваемой Управлением образования
- рекомендации центральной психолого-медико-педагогической комиссии.

Направление ребенка на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию осуществляется по инициативе родителей на основании заявления родителей; заключения психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения с согласия родителей (законных представителей). Обучение по программе специального (коррекционного) класса V вида производится только с согласия родителей (законных представителей) на основании заявления и заключения ПМПК.

Образовательный процесс осуществляется с учетом повышенной утомляемости контингента обучающихся. Поэтому обучение детей с тяжелыми нарушениями речи производится только в первую смену, по желанию родителей дети могут посещать группу продленного дня. Для обучающихся с тяжелыми речевыми расстройствами в начальной школе желательно ввести дополнительное каникулярное время в феврале продолжительностью 7 календарных дней. Детям и подросткам со сниженной работоспособностью при наличии выраженных невротических расстройств, аффективном поведении можно организовать индивидуальный щадящий режим (снижение объема знаний, дополнительный день отдыха в течение недели), предложить рекомендации по обследованию врачами – специалистами³⁹.

На ступени начального общего образования обеспечивается коррекция различных проявлений речевого дефекта (нарушения звукопроизношения, несформированности фонематического слуха, аграмматизма, нарушений чтения и письма и др.) и обусловленных ими отклонений в психическом развитии обучающегося, первоначальное становление его личности, выявление и целостное развитие его способностей, формирование у обучающегося умения и желания учиться. На ступени начального общего образования обучающиеся приобретают навыки фонетически правильной разговорной речи, расширяют лексический запас, учатся грамматически правильно оформлять высказывания, осваивают чтение и письмо, счет, овладевают элементами теоретического мышления, культурой поведения, основами здорового образа жизни.

³⁹ Приказ Министерства образования Российской Федерации от 10 апреля 2002 г. № 29/2065-п «Об утверждении учебных планов специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии.

Содержание начального общего образования должно быть ориентировано на преодоление речевого недоразвития, предупреждение нарушений письменной речи, на формирование полноценной речевой и учебной деятельности и развитие основных сторон личности. Введение в программу «Коррекционного лингвистического курса» обеспечит восполнение пробелов в речевом развитии обучающихся с тяжелыми нарушениями речи, поможет в формировании и совершенствовании речемыслительных процессов, успешном освоении закономерностей родного языка. В рамках этого курса целесообразно выделить предметы «Произношение», «Грамота», «Фонетика, грамматика, орфография», «Чтение». Каждый из этих предметов имеет специфические цели и задачи, их содержание и основные направления работы тесно взаимосвязаны между собой и будут способствовать усвоению общеобразовательной программы. В процессе обучения элементарной теории родного языка на уроках «Фонетики, грамматики, орфографии» обучающиеся с тяжелыми нарушениями речи смогут осознанно выявлять закономерности функционирования языковых единиц и научатся применять их в рамках языковых упражнений. По мере накопления орфографических, грамматических, синтаксических знаний и умений и их автоматизации к концу начальной школы появится реальная возможность их включения в речевую деятельность обучающихся на уровне письменной речи. На индивидуальных занятиях с логопедом преодолеваются специфические для каждого обучающегося речевые дефекты, что обеспечит успешность занятий в условиях класса⁴⁰. Особенностью начального общего образования детей с тяжелыми нарушениями речи является определение первого года обучения как диагностического.

Основные рекомендации учителю в добукварный и букварный период предусматривают:

- развитие у детей двигательных ощущений и осознанность выполнения графических движений руки;

- формирование зрительно-двигательного образа буквы;

- формирование пространственного восприятия, зрительной памяти;

- развитие мелкой моторики, зрительно-моторной координации;

- формирование фонетико-фонематического слуха с обязательным проговариванием вслух при письме;

- исключение безотрывного письма, формирование графического образа буквы по элементам;

- использование визуального, аудиального, кинестетического каналов восприятия при обучении.

- использование линейки во время чтения для его облегчения;

⁴⁰ Садовникова И.Н. Коррекционное обучение школьников с нарушениями чтения и письма. Пособие для логопедов, учителей, психологов дошкольных учреждений и школ различных типов. М., 2005.

освобождение обучающихся от контрольных срезов по выполнению норм техники чтения⁴¹.

На ступени основного общего образования закладывается фундамент общеобразовательной подготовки, достаточной для продолжения образования, развиваются полноценные навыки устной разговорной и письменной литературной форм речи, необходимых выпускнику для его полноценного включения в жизнь общества, обеспечивается развитие личности обучающегося, глубокое усвоение основ наук и формирование научного мировоззрения. На ступени основного общего образования также продолжается работа по развитию и совершенствованию речевой деятельности. Основное внимание уделяется письменной литературной форме речи (чтение, письмо, пересказ литературного источника, ответы на вопросы с опорой на текст и т.п.) как основному средству обучения в школе и получению информации в дальнейшей жизни. Поэтому обучение родному языку должно носить коррекционный характер. Этому способствуют уроки «Развития речи», на которых языковые умения и навыки автоматизируются в условиях устной или письменной коммуникации. В качестве логопедической поддержки следует продолжить индивидуальные логопедические занятия, в ходе которых основное внимание уделяется преодолению индивидуальных речевых трудностей, препятствующих успешному усвоению учебного материала (нарушения слоговой структуры, ограниченности словарного запаса, трудностей в грамматическом оформлении высказывания, недостатков в чтении, самостоятельной письменной речи и т.д.).

Образовательные области учебного плана V вида в основном соответствуют содержанию обучения в общеобразовательной школе, что позволяет сохранять единое образовательное пространство и дает возможность перевода в общеобразовательную школу детей, имеющих интенсивную положительную динамику коррекционной работы. Коррекционно-развивающее обучение осуществляется учителем на всех уроках и должно обеспечить усвоение учебного материала в соответствии с государственным образовательным стандартом⁴².

Изменение способов подачи информации или модификации учебного задания будет способствовать более успешному освоению общеобразовательной программы. Под «изменением способов подачи информации» понимается предоставление учащимся с речевыми расстройствами особых условий по сравнению с их одноклассниками, в частности, изменение сроков сдачи, формы выполнения задания, его организации, способов предоставления результатов. Модификацию можно

⁴¹ Васильева О.В. Инструктивно-методическое письмо «О едином подходе к обучению детей с нарушениями письменной речи и оцениванию их работ по русскому языку». Томск, 2007.

⁴² Садовникова И.Н. Коррекционное обучение школьников с нарушениями чтения и письма. Пособие для логопедов, учителей, психологов дошкольных учреждений и школ различных типов. М., 2005.

определить как некое изменение задания или теста, которое меняет стандартную процедуру его проведения, или изменение требований, предъявляемых к уровню знаний учащегося с ограниченными возможностями. Примером модификации может служить частичное выполнение учащимся общеобразовательной программы. Изменение способов подачи информации и модификация учебного задания не должны влиять на результаты, полученные в ходе тестирования. Необходимые изменения способов подачи информации и модификации включаются в индивидуальный образовательный план обучающегося. Эти изменения следует применять так, чтобы они отражали индивидуальные нужды учащегося с нарушениями речи. Причем очень важно также узнавать мнение самих учащихся о том, в чем именно они нуждаются⁴³.

Примером изменения способов подачи информации и модификации заданий может быть:

- уточнение лексических значений слов учителем по просьбе учащегося;
- уточнение учителем значений используемых синтаксических конструкций;
- снижение объема и скорости выполнения письменных заданий по всем предметам и контрольных работ по русскому языку;
- повторение обучающимся инструкции к выполнению задания;
- сокращенные задания, направленные на усвоение ключевых понятий;
- предоставление альтернативы объемным письменным заданиям (например, написание нескольких небольших сообщений; устное сообщение по обозначенной теме).
- возможность представить выполненное задание в малой группе, прежде чем выступить перед всем классом;
- использование листов с упражнениями, которые требуют минимального заполнения;
- использование упражнений с пропущенными словами/предложениями;
- использование стрелок (в листах с упражнениями, на доске) для обозначения связей между явлениями;
- обеспечение школьника с ограниченными возможностями копией конспекта других учащихся или записями учителя;
- дополнение печатных материалов видеоматериалами;
- обеспечение учащихся печатными копиями заданий, написанных на доске;
- предоставление дополнительного времени для завершения задания;
- предоставление дополнительного времени для сдачи домашнего задания;
- разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися.

При обучении школьников с тяжелыми нарушениями речи успешному обучению будет способствовать:

⁴³ Васильева О.В. Инструктивно-методическое письмо «О едином подходе к обучению детей с нарушениями письменной речи и оцениванию их работ по русскому языку», Томск, 2007.

- использование указаний учителем как в устной, так и в письменной форме;
- поэтапное разъяснение заданий учащимся;
- последовательное выполнение заданий;
- маркирование заданий в учебниках;
- обеспечение аудиовизуальными техническими средствами обучения;
- демонстрация уже выполненного задания (например, решенная математическая задача).

При работе с тестами в зависимости от тяжести речевого недоразвития можно использовать:

- устное объяснение заданий;
- обучение работе с тестовыми заданиями (например, распределению времени на выполнение каждой секции теста);
- сокращенные тесты, направленные на отработку правописания наиболее функциональных слов;
- обеспечение обучающихся списком слов с определениями;
- неограниченное время для выполнения теста;
- проведение тестов в помещении без внешних раздражителей (например, в библиотеке);
- чтение тестовых материалов обучающимся и получение от них устных ответов;
- разграничение тестов на секции по сходным проблемам;
- использование вспомогательных вопросов при выполнении теста;
- разрешение учащимся выбрать и выполнить индивидуальный проект в качестве альтернативы тесту;
- обеспечение напечатанными учебными материалами;
- предоставление возможных ответов для заданий с пропущенными словами;
- написание первой буквы пропущенного слова⁴⁴.

При оценивании работ обучающихся с речевой патологией рекомендуется:

- оценка правописания отдельно от содержания работы;
- использование системы оценок достижений обучающихся;
- ежедневная оценка с целью выведения четвертной отметки;
- оценка работы на уроке обучающегося, который плохо справляется с тестовыми заданиями;
- акцентирование внимания на хороших оценках;
- разрешение переделать задание, с которым он не справился;
- оценка переделанных работ⁴⁵.

⁴⁴ Васильева О.В. Инструктивно-методическое письмо «О едином подходе к обучению детей с нарушениями письменной речи и оцениванию их работ по русскому языку», Томск, 2007.

⁴⁵ Там же.

Государственная (итоговая) аттестация выпускников, обучавшихся в инклюзивном образовательном учреждении по программе V вида, должна проходить в щадящем режиме и регламентироваться нормативными и правовыми документами Министерства образования и науки Российской Федерации и департамента образования Ярославской области. Выпускники девятого класса, успешно освоившие основные общеобразовательные программы за курс основной школы, получают документ установленного образца. Дети, имеющие общее недоразвитие речи тяжелой степени, страдающие алалией, дизартрией, заиканием, ринолалией, афазией за 10 лет обучения осваивают программу в объеме 9 классов массовой школы. Дети с тяжелой формой заикания при нормальном речевом развитии могут обучаться по программе массовой школы и осваивают ее в те же нормативные сроки.

Выпускники, обучавшиеся по специальной коррекционной программе V вида, должны овладеть универсальными учебными действиями, обеспечивающими возможность продолжить образование в других учебных заведениях. При положительной динамике развития и успешном усвоении учебной программы по решению психолого-медико-педагогического консилиума обучающиеся по программе V вида могут быть переведены на обучение по программе массовой школы с согласия самих обучающихся и их родителей (законных представителей).

Обучение лучше организовать по учебникам и учебным пособиям, рекомендованным Министерством образования и науки РФ для специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений V вида и для общеобразовательных учреждений.

1.3. Психологическое сопровождение детей с нарушениями речи

Обучение детей с нарушениями речи предусматривает совместную работу педагогов и психологов, проведение психологической диагностики и коррекционных занятий.

*Основные направления и методы психологической диагностики детей с нарушениями речи*⁴⁶

Начинается диагностическое обследование детей с анализа следующих моментов:

- внешний вид ребенка: опрятность, аккуратность (или небрежность);
- контактность;

⁴⁶ Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. Пособие по практической психологии. М., 1997.

- проявление инициативы;
- усидчивость (или расторможенность)
- интерес к обследованию;
- работоспособность и темп.

Познавательная сфера

Мышление.

– наглядно-образное (оперирование образами, проведение мыслительных операций с опорой на представление).

– логическое (проведение мыслительных операций с опорой на понятия, отражающие сущность предметов и выражающиеся в словах или других знаках).

Память: кратковременная слуховая и зрительная; запоминание, сохранение и последующее воспроизведение информации.

Восприятие: формирование объективного образа предмета или явления, непосредственно действующего на органы чувств.

Мелкая моторика: мышечные движения кистей и пальцев рук как завершение внутреннего психологического процесса, психической деятельности.

Эмоционально-личностная сфера

Эмоциональный комфорт в школе.

Личностные и волевые особенности.

Особенности психосоматики.

Повышенная тревожность.

Проявления агрессивности.

Страхи.

Коммуникативная сфера

Статус в группе.

Коммуникативные навыки в общении со сверстниками и взрослыми.

Основными способами получения психологической информации при углубленном психодиагностическом обследовании является:

- психологические тесты и интервью;
- диагностические интервью;
- наблюдения поведения детей в разных видах деятельности;
- метод экспертных оценок;
- изучение продуктов деятельности детей;
- проективные методы;
- экспериментальные методы.

На основании данных психологической диагностики составляется индивидуальная карта психологического развития ребенка, определяются основные направления коррекционно-развивающей работы.

Психологическая коррекция – это систематическая работа психолога с детьми с нарушениями речи, направленная на специфическую помощь этим детям⁴⁷. Работа ведется по согласованию с родителями и администрацией в следующих формах:

- индивидуальные психокоррекционные занятия (работа с проблемами в личностной и познавательной сферах);
- групповые психокоррекционные занятия;
- тренинговые занятия с педагогами, специалистами;
- тематические занятия с родителями.

В ходе коррекционно–развивающей работы с детьми с нарушениями речи решаются следующие задачи:

- развитие познавательной активности детей;
- развитие общеинтеллектуальных умений: приемов анализа, сравнения, обобщения, навыков группировки и классификации;
- нормализация познавательной деятельности, формирование умения ориентироваться в задании, воспитание самоконтроля и самооценки;
- развитие словаря, устной монологической речи детей в единстве с обогащением знаниями и представлениями об окружающей действительности;
- психокоррекция поведения ребенка;
- формирование навыков общения, правильного поведения.

Основные направления коррекционной работы с детьми с нарушениями речи

Совершенствование движений и сенсомоторного развития:

- развитие тонкой моторики кисти и пальцев рук;
- развитие графических навыков.

Коррекция отдельных сторон психической деятельности:

- развитие зрительного восприятия и узнавания;
- развитие зрительной и слуховой памяти;
- формирование обобщенных представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина);
- развитие пространственных представлений и ориентации;
- развитие внимания;

Развитие основных мыслительных операций:

- навыков анализа и синтеза;
- навыков группировки и классификации (на основе овладения основными понятиями);
- умения работать по инструкции, алгоритму;
- умения планировать деятельность.

Развитие различных видов мышления:

- развитие наглядно-образного мышления;

⁴⁷ Чибисова М.Ю., Пилипко Н.В. Психолог в школе. М., 2004.

– развитие словесно-логического мышления (умения видеть и устанавливать логические связи между предметами, явлениями и событиями);

Коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы.

Расширение представлений об окружающем мире и обогащение словаря.

Коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Для реализации перечисленных направлений используются следующие средства коррекционно-развивающего воздействия: предметно-манипулятивные, двигательно-экспрессивные, изобразительно-графические, музыкально-ритмические; вербально-коммуникативные. Наиболее часто с детьми с нарушениями речи применяются следующие методы психокоррекции: игровая терапия, арттерапия, музыкотерапия, библиотерапия, психогимнастика⁴⁸.

Игровая терапия – метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. В основе различных методик, описываемых этим понятием, лежит признание, что игра оказывает сильное влияние на развитие личности. Игра способствует созданию близких отношений между участниками группы, снимает напряженность, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, позволяет проверить себя в различных ситуациях общения, снимая опасность социально значимых последствий.

Большое внимание в современной психокоррекционной работе уделяется различным видам терапии искусством. Музыкотерапия как форма лечебной педагогики уже много лет применяется в работе с заикающимися детьми. При этом используются активные формы музыкотерапии, к которым относятся вокалотерапия, ритмотерапия, хореотерапия и игровая психотерапия, где важно самостоятельное участие ребенка в планировании и осуществлении различных форм поведения, сопровождаемых музыкой. Цель занятий с использованием музыкотерапии – создание положительного эмоционального фона (снятие тревожности), стимуляция двигательных функций, развитие сенсорных процессов (ощущения, восприятия) и представлений, растормаживание речевой функции. Музыкотерапия актуальна именно при работе с детьми с речевыми нарушениями, т. к. для них важным является тренировка наблюдательности, развитие чувства темпа и ритма, мыслительных способностей и фантазии, вербальных и невербальных коммуникативных навыков⁴⁹.

Арттерапия, основанная на воздействии искусства, многообразна в направлениях, так же как многообразны виды искусства, и весьма эффективна в работе с детьми и подростками с нарушениями речи. Арттерапия предоставляет ребенку возможность проигрывать, переживать,

⁴⁸ Панфилова М.А. Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры. Практическое пособие для психологов, педагогов и родителей. М., 2000.

⁴⁹ Лосев П.Н. Коррекция речевого и психического развития детей 4 – 7 лет: Планирование, конспекты занятий, игры, упражнения. М., 2005.

сознавать конфликтную ситуацию, какую-либо проблему наиболее удобным для него способом.

Изотерапия, основанная на использовании рисования, – один из наиболее популярных видов арттерапии. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам, желаниям, мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях и соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными, травмирующими ситуациями (например, с заиканием как проблемой). Ребенок, изображая свою проблему, объективирует взаимоотношения с окружающей действительностью. Поэтому рисование широко используют для снятия психического напряжения, стрессовых состояний, при коррекции неврозов, страхов.

Игротерапия или игровой динамический тренинг – эффективное средство психокоррекции и психотерапии детей с личностными, когнитивными, психомоторными особенностями, психическими нарушениями различной степени выраженности, например, при дизартрии и заикании. Для детей дошкольного и младшего школьного возраста с повышенной импульсивностью поведения, несформированностью мотивов учебной деятельности, непроизвольностью игровой способ взаимодействия – один из наиболее эффективных⁵⁰.

Посредством сказкотерапии психолог может помочь ребенку в преодолении робости, страха, агрессивности, раздражительности, плаксивости, негативизма, пассивности, упрямства, замкнутости и пр. Все сказки планируются и готовятся до занятия, с учетом речевых, психологических и личностных особенностей каждого ребенка. Нередко при показе сказки, подготовленной заранее, приходится изменять ее содержание. Основанием для таких перемен является незапланированная реакция ребенка. В соответствии с желаниями ребенка продлевается или изменяется игровое действие, добавляется в него новый персонаж, атрибут и пр. В процессе демонстрации сказки у ребенка, естественно, возникает эмоциональный подъем, заметно повышаются его сосредоточенность, восприятие и мыслительная активность. Умелое разыгрывание сказок позволяет психологу создавать у ребенка радостное, приподнятое настроение, устанавливать эмоциональный контакт с ребенком, активизировать речевое общение, оказывать ненавязчивое воспитательное воздействие, пополнять запас знаний и сведений, совершенствовать познавательные процессы, развивать речь (причем все ее компоненты, относящиеся как к звуковой, так и смысловой сторонам). Демонстрировать сказку с помощью мелких игрушек (в том числе фигурок из киндер-сюрпризов) лучше перед одним-двумя детьми, не более. В основном сюжеты сказок продумываются заранее, иногда они возникают тут же, по ходу действия с игрушками. Но, независимо от содержания сказки,

⁵⁰ Панфилова М.А. Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры. Практическое пособие для психологов, педагогов и родителей. М., 2000.

обязательны особый настрой, атмосфера, в которых они демонстрируются⁵¹. Радуются и преображаются дети, когда на их глазах маленькие игрушки «двигаются», «превращаются», «общаются», «говорят» разными голосами. Существенно то, что, показывая детям сказку, психолог воспроизводит не только реплики персонажей, но и так называемый авторский текст. При показе сказки психолог:

- говорит за каждый персонаж характерным для него голосом,
- берет игрушку, изображающую говорящий персонаж и двигает ее по поверхности стола в такт словам,
- говорит за сказочника и передвигает игрушки в соответствии с содержанием текста.

Продолжительность показа одной сказки может составлять от 2 до 5 минут. Важно, чтобы сюжет был законченным, содержал, по возможности, конфликтную ситуацию, воспитательный момент. Таким образом, психолог моделирует и проигрывает сказку самостоятельно, без участия ребенка. Ребенок молчит, он лишь смотрит и слушает. Его речь совершенствуется только в пассивном плане. Все познавательные способности (мотивация, внимание, восприятие, воображение, память, мышление) функционируют активно.

Коррекция нарушений речи у детей с ортопедической патологией

Клинические проявления речевых нарушений при ДЦП разнообразны. Наиболее тяжелым нарушением речи является дизартрия.

У детей с ДЦП наиболее часто отмечается *псевдобульбарная дизартрия*. Для этой формы дизартрии характерно повышение тонуса речевой мускулатуры. Язык в полости рта напряжен, его спинка спастически изогнута, кончик не выражен. Губы спастически напряжены. Повышение мышечного тонуса может чередоваться с гипотонией или дистонией в отдельных мышечных группах артикуляционного аппарата. Парезы артикуляционных мышц вызывают расстройство звукопроизношения. Характерно нарушение голосообразования и расстройство дыхания. Часто наблюдаются содружественные движения (синкинезии) в артикуляционной мускулатуре.

Общая схема стимуляции речевого развития детей с детскими церебральными параличами должна быть индивидуализирована для каждого ребенка с учетом и формы и тяжести заболевания, структуры речевого дефекта, состояния интеллекта и возраста. Логопедические мероприятия при дизартриях строятся с учетом патогенетической общности структуры двигательного и речевого дефекта. В случае повышения мышечного тонуса в речевых мышцах, наиболее характерного для псевдобульбарной дизартрии, занятия начинают с *расслабления мышц артикуляционного аппарата*.

⁵¹ Шипицина Л.М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. СПб., 2003.

Приемы расслабления мышц шеи. 1. Положение на спине, голова несколько свешивается назад. Одной рукой логопед поддерживает шею ребенка сзади, другой производит круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки. После нескольких пассивных движений стимулируют их активное выполнение.

2. Положение на спине, голова ребенка слегка свешивается с края стола и лежит на ритмично двигающейся из стороны в сторону дощечке.

3. Положение на животе, голова свисает с края стола. Выполняют те же боковые движения.

Расслабляющий массаж лица. Положение на спине полусогнутое. Производятся легкие поглаживающие движения кончиков пальцев от середины лба к вискам, от бровей к волосистой части головы и от линии лба вокруг глаз, по щекам к мышцам шеи и плеч. Эти движения должны вызывать у ребенка приятные ощущения. Расслабляющий массаж следует строго дозировать, не захватывая сразу все области лица. При гиперчувствительности лицевых и артикуляционных мышц необходима постепенно усиливающаяся тактильная стимуляция

Приемы расслабления губных мышц. Положение на спине, ноги слегка согнуты, руки вдоль туловища, голова слегка свешивается назад. Указательные пальцы располагают в точках, находящихся между серединой верхней губы и углами рта, и двигают по направлению к средней линии, так чтобы верхняя губа собиралась в вертикальную складку. То же проделывают с нижней губой, затем с обеими вместе.

Указательные пальцы располагают в тех же точках и смещают ими вверх верхнюю губу и вниз нижнюю губу, обнажая десны.

Указательные пальцы располагают в углах рта и растягивают губы, как при улыбке. Обратным движением с образованием морщинок губы возвращают в исходное положение.

Эти упражнения делают при различных положениях рта — закрытом, приоткрытом, полуоткрытом, широко открытым. После некоторого расслабления лицевых и губных мышц рту пассивно придают нормальное положение. Ребенок смотрит в зеркало, логопед фиксирует его внимание на ощущении закрытого рта.

Приемы расслабления мышц языка.

1. Ребенок открывает рот самостоятельно или с помощью логопеда. Движение нижней челюсти вниз приводит к опусканию спастически приподнятого языка и его расслаблению, поскольку собственные мышцы языка тесно связаны с мышцами нижней челюсти. Детям старшего возраста подобные упражнения предлагаются в виде аутотренинга: «Ты спокоен, совершенно расслаблен, язык спокойно лежит во рту. Медленно опускай его вниз, когда опускается нижняя челюсть».

2. На кончик языка кладут кусочек стерильной марли или стерильную пробку. Возникающее тактильное ощущение помогает ребенку понять, что что-то мешает свободно двигать языком, т. е. ощутить состояние

спастичности. После этого логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы, добиваясь расслабления языка. Ребенок постепенно научится чувствовать разницу тонуса мышц языка.

3. Логопед осторожно захватывает язык стерильной марлевой салфеткой и плавно ритмично двигает его в стороны. Лучше всего движения делать, когда ребенок лежит на животе. Постепенно пассивная помощь логопеда уменьшается, и ребенок сам начинает выполнять эти упражнения.

Артикуляционная гимнастика. При проведении артикуляционной гимнастики большое значение придается тактильно-проприоцептивной стимуляции, способствующей развитию статико-динамических ощущений и четких артикуляционных кинестезий. На начальных этапах занятия проводят с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного), осуществляя принцип компенсации. Далее для развития более четких и дифференцированных артикуляционных кинестезий постепенно исключают их участие. Многие упражнения проводят с закрытыми глазами, акцентируя внимание ребенка на проприоцептивных ощущениях.

Артикуляционная гимнастика дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата. Работе над речевыми мышцами предшествуют упражнения для мимических мышц лица. Ребенка учат закрывать и открывать глаза, хмурить брови, надувать щеки, проглатывать слюну, закрывать и открывать рот, захватывать и удерживать губами леденцы, палочки различного размера, пить через соломинку. Сначала ему помогает логопед, затем ребенок делает это сам по словесной инструкции, на начальных этапах — подражая изображению на картинках. Например: «Открой рот широко», «Вытяни губы вперед», «Губы в спокойном состоянии», «Собери губы морщинками и верни их в исходное состояние». Предлагаются задания по имитации положения рта, изображенного на картинках. Постепенно упражнения усложняются: ребенка просят дуть через расслабленные губы, вибрировать губами. Эти упражнения можно проводить с сопротивлением. Например: ребенок охватывает трубочку губами и старается удержать, несмотря на попытки логопеда вытянуть ее изо рта. Артикуляционная гимнастика включает формирование активных движений языка вперед, в стороны, назад, к верхним и нижним зубам, изолированных движений языка и нижней челюсти. Затем тренируют сочетанные дифференцированные движения языка и губ, необходимые для формирования звуков. Логопедические занятия вначале проводят пассивно, затем пассивно-активно и, наконец, при активном участии ребенка.

Для развития артикуляционной моторики широко используют игротерапию. Игры подбирают в зависимости от характера и степени нарушения артикуляционной моторики, а также с учетом возраста ребенка⁵².

⁵² Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых./ Под ред. В.И. Селиверстова. М.,1981.

Нарушения речи нередко сочетаются с расстройствами дыхания и голосообразования. У детей с ДЦП преобладает учащенное, аритмичное, поверхностное дыхание. Часто нарушена координация между дыханием, фонацией и артикуляцией. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме церебрального паралича, при этом произвольный контроль дыхания затруднен, что требует специальных занятий.

Дыхательная гимнастика. Ее начинают с общих дыхательных упражнений, способствующих увеличению объема дыхания и нормализации его ритма.

1. Ребенка просят сделать вдох, одновременно поднимая руки вверх, отводя их в стороны, назад и выпрямляя туловище, выдох — руки опустить, привести к грудной клетке, наклонить туловище вперед. Движения, стимулирующие вдох и выдох, ритмично повторяют.

2. В положении на спине в ритме дыхания сгибают ноги и надавливают ими на грудную клетку, затем разгибают. Упражнение способствует нормализации движений диафрагмы.

3. Рот закрыт. Одну ноздрю зажимают, и ребенок дышит под определенный ритм (счет или стук метронома), потом зажимают вторую ноздрю и повторяют тот же цикл дыхательных движений.

4. Перед ноздрями ребенка создают «веер воздуха», что усиливает глубину вдоха.

5. Рот закрыт, при необходимости логопед придерживает сомкнутые губы пальцами. Ребенка просят глубоко вдохнуть и выдохнуть длительно через нос. Упражнение тренирует выдох через нос.

6. Логопед закрывает ноздри ребенка и просит его вдыхать через рот до того момента, когда он даст ему инструкцию произносить отдельные гласные звуки и слоги. Упражнение тренирует вдох через рот.

7. Ребенок делает вдох через рот. Логопед кладет руки на грудную клетку, как бы препятствуя вдоху в течение 1—2 с. Это способствует глубокому и быстрому вдоху и более удлиненному выдоху.

8. Ребенка просят как можно дольше задерживать вдох, добиваясь таким образом более быстрого и глубокого вдоха и медленного выдоха.

В момент выдоха логопед произносит различные гласные звуки, стимулируя ребенка подражать ему, варьируя при этом громкость и тональность голоса. Затем ребенка побуждают к произнесению щелевых согласных изолированно и в сочетании с гласными, а также других звуков и слогов. Рекомендуется произнесение следующих рядов гласных, согласных звуков и слогов (шепотом и громко): у—ау— уо—уа; о—оу—ао—оа; э—иу—но—на; и—эу—эо—эа; ф—с—ш—х—; аф—аш—ас—; фо—со—шо—; фи—си—сю—; фа—са—ша— и др.

Важное значение имеют также специальные упражнения-игры: выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек и т. п. Игры подбирают дифференцированно в зависимости от возраста и характера нарушения дыхания. Основные правила

дыхательной гимнастики: не переутомлять ребенка; следить за тем, чтобы он не напрягал плечи, шею, не принимал порочную позу; концентрировать его внимание на ощущениях движений диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха; следить за плавностью и ритмичностью дыхательных движений. Дыхательная гимнастика проводится до еды, в хорошо проветренном помещении, ежедневно по 5—10 мин.

Развитие голоса. Нарушения голоса связаны с парезами и параличами мышц языка, губ, мягкого неба и гортани. При этом голос ребенка слабый, тихий, глухой, монотонный, эмоционально невыразительный.

Голосовые упражнения начинают с общего расслабления, артикуляционного массажа и гимнастики. Особое значение имеет расслабление мышц шеи описанными выше приемами и сочетание движений головы с произнесением цепочек гласных звуков «и—э—о—у—а—ы». Важную роль играет активизация движений мягкого неба: глотание капель воды, покашливание, зевота, произнесение гласного звука «а» во время короткого энергичного выдоха. Упражнения делают перед зеркалом, под счет.

Нормальное голосообразование возможно в том случае, если ребенок способен открывать и закрывать рот, опускать нижнюю челюсть, имитировать жевательные движения. Логопед стимулирует поднятие нижней челюсти легким ритмичным постукиванием по подбородку. Затем больной учится опускать нижнюю челюсть, вначале с помощью логопеда, затем самостоятельно. Во время этих упражнений целесообразно использовать привязанный к веревке ярко окрашенный шарик. В момент опускания нижней челюсти ребенок тянет рукой шарик вниз, позже выполняет это упражнение с закрытыми глазами, зрительно представляя себе опускание шарика вниз. В процессе упражнений тренируется произвольный контроль за объемом и темпом движения. Ребенку дается инструкция опускать нижнюю челюсть и одновременно произносить различные сочетания звуков, например «кар— кар».

Для укрепления мышц небной занавески используют упражнения чередования ее расслабления и напряжения. Например, ребенка просят попеременно произносить следующие звуки: «м—па—м—па»; «м—бай—м—бай» и т. д. Для стимуляции голосовых реакций полезны совместное с логопедом пение, выразительная декламация, медленное попеременное (то шепотом, то громко) произнесение гласных. Одновременно тренируют увеличение длины речевого выдоха: вначале на одном выдохе произносят по две гласных (а—э; о—у; э—и и т. д.), затем по три (а—э—о; о—у—и и т. д.) и, наконец, по четыре (а—э—о—у и др.). Потом произносят слоги с постепенным удлинением их цепочек, слова с определенными звуками, стихотворения, скороговорки, последние со сменой ударения и убыстрением темпа речи, то шепотом, то громко. Важное значение имеют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса, например счет десятками (десять, двадцать, тридцать и т. д.) с постепенным усилением (прямой счет) и

ослаблением (обратный счет) голоса, а также произнесение букв в алфавитном порядке, чтение стихотворений с постепенным усилением и ослаблением голоса. Различные игры, чтение сказок по ролям, инсценировки помогают развитию высоты и тембра голоса, мелодико-интонационной стороны речи, гибкости и модуляции голоса.

Развитие артикуляционного праксиса. Стимулируя артикуляционную моторику, обращают внимание ребенка на возникающие при этом ощущения. Для развития двигательного-кинестетической обратной связи важно ежедневно повторять следующие упражнения: потряхивание верхней и нижней губы, расправление щек (приподнимание их от зубной арки), опускание и поднятие нижней челюсти, прижатие языка к нижним и верхним резцам. Вначале эти движения делают перед зеркалом, затем при закрытых глазах. Логопед проделывает то или иное движение, а ребенок называет его.

Кроме того, ежедневно тренируют следующие артикуляторно-сенсорные схемы:

1) двугубная: верхнюю и нижнюю губы пассивно смыкают, удерживают в этом положении, фиксируют внимание ребенка на сомкнутых губах, затем просят его дуть через губы, раскрывая их;

2) губно-зубная: указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть;

3) язычно-зубная: ребенок помещает язык между зубами и удерживает его;

4) язычно-альвеолярная: кончик языка прижимают и удерживают против альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт;

5) язычно-небная: голову несколько закидывают назад, заднюю часть языка приподнимают к твердому небу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя внимание на ощущениях контакта языка и неба и его прорыва.

Для развития артикуляционного праксиса большое значение имеют рано начатая логопедическая работа, расширение и обогащение речевого опыта ребенка, а также преобладание специальных слоговых упражнений над чисто артикуляционными. Подбирают серии слогов, которые требуют последовательной смены различных артикуляционных движений. В эти слоги обязательно вводят губно-язычные, двугубные, губно-зубные, язычно-зубные, двугубные язычно-альвеолярные, язычно-небные и другие комбинации. Для каждого ребенка слоговые упражнения подбирают индивидуально исходя из структуры дефекта и общего дидактического принципа — от простого к сложному. Слоговые упражнения на начальных этапах надо выполнять медленно, фиксируя внимание ребенка на двигательных ощущениях. Примеры некоторых слоговых упражнений: бе—ве; ба—ва; за—да—жа—ра—га—ва, ба—ва; ба—за; ба—да; да—ба; ба—ра; ба—га; жа—ба; ра—ба; га—ба и др.

Работа над звукопроизношением. Упражнения дифференцируют в зависимости от формы дизартрии, возраста ребенка, состояния его интеллекта, уровня речевого развития. Их сочетают со стимулирующей дифференцированным слухового восприятия и звукового анализа. Занятия проводят поэтапно, начиная с коррекции тех звуков, артикуляция которых у данного ребенка более сохранна. За вызыванием и постановкой звука обычно следует длительный период их стабилизации и автоматизации во всех контекстах и в различных речевых ситуациях. Работая над звукопроизношением, логопед подбирает для ребенка такие позы, при которых нарушение мышечного тонуса и интенсивность насильственных движений в артикуляционных мышцах минимальны. Наряду с общими подходами к коррекции дизартрии используют дифференцированные приемы стимуляции, наиболее эффективные при той или иной форме.

Коррекция дисграфии и дислексии

Дети с церебральным параличом с трудом овладевают *чтением и письмом*. Дислексия и дисграфия обычно сочетаются с недоразвитием устной речи и встречаются при различных формах дизартрии. Длительное время дети медленно читают по слогам, переставляют буквы, пропускают строчки. На письме искажается графический образ букв, с трудом соединяются буквы в слова, а слова во фразы, часто отмечается зеркальность письма. Нарушения чтения и письма связаны с оптико-гностическими расстройствами, спастичностью мышц кисти, глаз, сужением полей зрения, нарушением взаимодействия речеслуховой, речедвигательной и зрительно-моторной систем.

Коррекция тесно связана с развитием произношения, воспитанием фонематического слуха и звукового анализа. Ребенок должен усвоить, что единицей устной речи является слог. Его учат осознавать звуковую последовательность слогов, выделять ударный слог и число слогов в слове, определять и дифференцировать фонемы родного языка, устанавливать их последовательность. Формирование артикуляционно-акустических навыков — важное условие предупреждения и коррекции дисграфии. Детей учат сопоставлять буквы со звуками. Для закрепления образа буквы наряду со зрительным подключают двигательно-кинестетический анализатор. Ребенок не только видит изображения букв, но и лепит их из пластилина, ощупывает пластмассовые и картонные буквы, учится ощущать и угадывать их начертания на руке, узнавать на ощупь. Для предупреждения дисграфии у ребенка также необходимо сформировать морфемный лексико-синтаксический и лексико-семантический анализ. Его учат выделять значимую часть слова, подбирать родственные слова, определять лексический смысл слов и отграничивать его от грамматического, правильно определять границы слов в предложениях, сопоставлять пунктуацию с интонацией текста. При нарушении письменной речи у детей с церебральными параличами важное значение имеет коррекция расстройств

оптико-пространственного гнозиса, зрительно-моторной координации, плавного зрительного прослеживания.

Нарушения письменной речи у детей с церебральными параличами наиболее часто возникают вследствие отклонений в развитии их устной речи. При преобладании фонетико-фонематического недоразвития при различных формах дизартрии наблюдаются ошибки, связанные с заменой букв. Наиболее легко смешиваются и замещают друг друга свистящие и шипящие звуки (с, з, ц, ш, щ, ч). Значительное место занимают также замены мягких согласных твердыми и наоборот твердых — мягкими. Недостаточная сформированность звукового анализа у большинства детей с церебральными параличами определяет наличие ошибок, связанных с нарушениями структуры слов (пропуски и перестановки букв, раздельное написание частей слов).

Нарушения в формировании лексико-грамматической системы языка также находят отражение в письменной речи детей с церебральными параличами. Многие из них испытывают также специфические сложности при синтаксическом оформлении письменной речи, при необходимости соблюдения общепринятых норм построения предложений, пропуская как главные, так и второстепенные члены предложений, что искажает логику повествования. Подобные нарушения особенно характерны для детей с церебральными параличами и интеллектуальной недостаточностью.

Многие ошибки при письме у детей с церебральными параличами связаны с трудностями в морфологическом анализе, отсутствием четких представлений о значении слов и флексий, характерных для определенных падежных форм. Большинство детей с церебральным параличом даже в старших классах испытывают большие затруднения при употреблении в письме сложных конструкций, что отражает специфические трудности развития их речи и мышления. Для предупреждения и коррекции всех этих нарушений большое значение имеют мероприятия по развитию их устной речи и мышления.

Психологическое и психотерапевтическое сопровождение детей с нарушениями речи⁵³

Содержание работы психолога в данном заключается в частности, в оказании психологической и информационной помощи педагогам⁵⁴.

Приоритетные задачи:

- Ознакомить педагогов с особенностями и закономерностями развития познавательной и социально-эмоциональной сферы детей с нарушениями речи;
- Обучить адекватным способам общения с детьми с нарушениями в развитии познавательных процессов, речи и поведения;

⁵³ Чибисова М.Ю. Психолог на родительском собрании. М., 2004.

⁵⁴ Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Справочник психолога начальной школы. Ростов-на-Дону, 2004.

- Помочь создать условия, способствующие повышению эмоционального комфорта в группе и стимулирующие развитие положительных сторон личности.

Применяются следующие формы работы с педагогами:

1. Индивидуальные и групповые консультации.

2. Участие в работе психолого-медико-педагогического консилиума, педагогических советов.

3. Семинары-практикумы, тренинги, лекции, беседы и пр.

Достижение целей и решение задач коррекционно-развивающей работы педагога-психолога предполагает самое активное участие родителей.

При реализации индивидуальной программы развития ребенка с нарушениями речи основными задачами работы педагога-психолога с родителями являются:

- Установление партнерских отношений с семьями детей, объединение усилий для развития и воспитания детей; создание атмосферы общности интересов, эмоциональной поддержки и проникновения в проблемы друг друга.

- Активизация и обогащение воспитательных умений родителей, поддержка их уверенности в собственных педагогических возможностях.

При организации взаимодействия с родителями неукоснительно соблюдаются следующие правила:

- проявлять доброжелательное отношение к родителям и детям, с уважением относиться к мнению родителей, их опыту, не допускать оценочных суждений как со своей стороны, так и со стороны родителей по отношению друг к другу;

- описывать психологические феномены доступным, понятным языком, избегая употребления профессиональной терминологии;

- следовать принципу конфиденциальности, не предоставляя посторонним людям никакой информации о конкретных детях, диагностических данных и т.д.

- акцентировать внимание родителей на их собственных возможностях и ресурсах, поддерживать их позитивную оценку себя в качестве родителя.

Формы работы педагога-психолога с родителями – психологическое просвещение через информационные стенды, папки; индивидуальные, групповые и семейные консультации для родителей; выступления на родительских собраниях; проведение занятия школы «Психология – родителям» совместно с учителем-логопедом.

При любой тяжелой речевой патологии страдают не только речь, но и внимание, появляются специфические особенности мышления, запоминания, поведения, эмоционально-волевой сферы. В связи с этим нарушается адаптация детей в микро- и макросоциуме. Часто у детей формируется логофобия, в связи с чем нарушается контакт с окружающими. Для преодоления данных проблем необходимы занятия психотерапией.

В психотерапии детей с нарушениями речи, страхами первостепенное значение имеет игровая и рисуночная терапия, в ходе которой ребенок изживает страхи, отреагирует прошлые психотравмы, учится взаимодействовать со сверстниками, налаживать нарушенные межличностные отношения⁵⁵. Наиболее успешны в работе с детьми с нарушениями речи гибкие и эффективные методы Эриксоновской психотерапии использующие сказки, истории, притчи, легенды, метафоры. Последние воздействуют на подсознание и образное мышление, имеют эффект резонанса. Эриксоновская терапия позволяет установить доверительные взаимоотношения как с детьми, так и с подростками, имеющими проблемы в поведении. Широко применяется пантомима: жесты, выразительная мимика и взгляды (во время режима молчания и в процессе ролевых игр), что снимает мышечное и нервное напряжение, уменьшает сверхценное отношение к речи. Для детей с проблемами в учебе и низкой мотивацией к ней уместны любые истории об обучении. Результативны приемы нейролингвистического программирования — как для наведения транса, так и для дезактуализации психотравмы, перепрограммирования личности.

Используется в работе с детьми с нарушениями речи и психосинтез — метод интеграции личности, направленный на осознание своего истинного «Я». Человеку свойственно отождествлять себя с наиболее актуальными элементами личности. Можно выбрать идеальную модель личности и визуализировать этот образ, используя как ресурс для новых полезных изменений. В дальнейшем — работать над формированием новых качеств с помощью самовнушения или систематической тренировки недостаточно развитых функций — памяти, внимания, воображения, четкой неторопливой плавной речи. Анализ личности приводит в конечном итоге к состоянию внутренней гармонии, самодостаточности.

Гештальт-терапия эффективна в работе с подростками, помогая принять свое прошлое, отреагировать эмоции и найти опору в настоящем.

При работе с детьми с нарушениями речи используется комплекс психотерапевтических методик, который подбирается индивидуально. Психотерапия проводится курсами, сочетается с медикаментозными, физиотерапевтическими курсами лечения, психокоррекционной работой, проводимой психологами, постоянным логопедическим сопровождением⁵⁶.

Специализированная помощь для детей с тяжелыми нарушениями речи в системе здравоохранения

В нашей стране существует дифференцированная сеть логопедических учреждений, где созданы оптимальные условия для преодоления нарушений речи у детей с первично сохранным слухом, интеллектом, нормальным

⁵⁵ Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1971.

⁵⁶ Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. М., 2008.

психическим развитием. Помимо образовательных учреждений в эту сеть входят также и медицинские учреждения. Это логопедические кабинеты при поликлиниках, психоневрологических диспансерах и некоторых больницах, логопедические стационары, полустационары, специальные санатории. Устранением недостатков речи у детей занимаются клинические логопеды, имеющие специальную подготовку. Такая дифференциация позволяет обеспечить максимально благоприятные условия для обучения, воспитания и лечения детей с нарушениями речи с учетом их возраста и особенностей речевого развития, формы и степени выраженности дефекта.

Учитель-логопед, работающий на логопедическом пункте при детском дошкольном учреждении или общеобразовательной школе, не в состоянии охватить всех нуждающихся в его помощи. В таких случаях, а также при отсутствии в городе или районном центре логопедических пунктов при общеобразовательных школах аналогичная помощь может быть оказана логопедами, работающими при поликлиниках. В системе Министерства здравоохранения РФ при поликлиниках существуют логопедические и слухоречевые кабинеты, в задачу которых входит обслуживание главным образом детей дошкольного возраста. Однако при отсутствии логопедических пунктов при общеобразовательных школах логопеды поликлиник принимают и детей школьного возраста⁵⁷.

Имеются еще и логопедические стационары или полустационары, организованные при детских больницах или детских психоневрологических диспансерах, а также лечебно-учебные учреждения, цель которых заключается в оказании помощи дошкольникам и школьникам с нарушениями речи. В этих учреждениях проводится специальная работа по устранению речевых дефектов, а также различные лечебные мероприятия (медикаментозные, психотерапевтические, физиотерапевтические). Работу по коррекции речевого недостатка ведет учитель-логопед. Прием в логопедический стационар осуществляется через отборочные комиссии, организованные при психоневрологических диспансерах или больницах по представлению районных психоневрологов, невропатологов, логопедов⁵⁸.

Литература

1. Аксенова Л.И., Архипов Б.А., Белякова Л.И. Специальная педагогика. М., 2004.

⁵⁷ Каганская Л.А. О лечении различных форм речевых расстройств в условиях стационара // Научно практическая конференция по детской психоневрологии. Таллин, 2003.

⁵⁸ Маслова О.И. Динамика клинических синдромов органических поражений нервной системы у детей при длительной реабилитации. // Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 1991.

2. Белова-Давид Р.А. К вопросу речевых расстройств у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. М., 2000. № 10. С. 324 - 331.
3. Бенилова С. Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста. Автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2004.
4. Борякова Н.Ю. Педагогические системы воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии. М., 2008.
5. Васильева О.В. Инструктивно-методическое письмо «О едином подходе к обучению детей с нарушениями письменной речи и оцениванию их работ по русскому языку», Томск, 2007.
6. Венгер А.Л., Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика. Учебное пособие. М., 2002.
7. Винарская Е.Н., Пулатов А.Н. Дизартрия и ее топиико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент, 1989.
9. Данилова Л.А. Соотношение между нарушением языковых систем и нарушением мышления при моторной афазии и алалии // Конференция по вопросам нарушения и восстановления речи. М., 2005.
10. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Минимальные мозговые дисфункции. // Науч. обзор. М., 1980.
11. Зайцева Л.А., Зайцев И.С., Левяш С.Ф., Ясова И.Н. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция. Учебно-методическое пособие. Мн., 2001.
12. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1971.
13. Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. М., 2008.
14. Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Справочник психолога начальной школы. Ростов н/д., 2004.
15. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия. Учебное пособие для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов. М., 1983.
16. Каганская Л.А. О лечении различных форм речевых расстройств в условиях стационара // Научно практическая конференция по детской психоневрологии. Таллин, 2003.
17. Ковалев В.В. Патология речи органического и функционального генеза (клинико-психологический аспект и терапия). // Сб. науч. трудов МНИИ психиатрии. / Отв. ред. В.В. Ковалев М., 1985.
18. Кириченко Е.И., Ковалев В.В. К вопросу о динамике речевых и психических нарушений у детей и подростков с синдромом сенсорной и моторной алалии // Журнал невропатологии и психиатрии. —1970. Т. 70. № 10. С.1561-1565.

19. Кондратенко И.Ю. Подготовка к интегрированному обучению детей с речевыми нарушениями. // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2004. № 2. С.120-123.
20. Костенкова Ю.А., Пузанов Б.П., Селиверстов В.И., Шаховская С.Н. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. М., 1998.
21. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1991
22. Маслова О.И. Динамика клинических синдромов органических поражений нервной системы у детей при длительной реабилитации. // Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 1991.
23. Лосев П.Н. Коррекция речевого и психического развития детей 4 – 7 лет: Планирование, конспекты занятий, игры, упражнения. М., 2005.
24. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. Пособие по практической психологии. М., 1997.
25. Мастюкова Е.М., Семенова К.А. Клинические аспекты применения психотропных средств у детей и подростков с речевыми нарушениями // Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психическими больными / Мат. конференции. 2009. С. 100 -102.
26. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств / Пер. на русс. яз. под ред.: Нуллера, С.Ю. Циркина; Word Health Organization, 1992. Россия, СПб, 1994.
27. Панфилова М.А. Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры. Практическое пособие для психологов, педагогов и родителей. М., 2000.
28. Положение о специальных (коррекционных) классах V вида в МБОУ СОШ № 7, Апатиты, 2012.
29. Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых./ Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1981.
30. Ретюнскнй К.Ю. Патогенетический подход к фармакотерапии заикания с затяжным неблагоприятным течением // Конгресс по детской психиатрии. М., 2001. С. 255 - 256.
31. Садовникова И.Н. Коррекционное обучение школьников с нарушениями чтения и письма. Пособие для логопедов, учителей, психологов дошкольных учреждений и школ различных типов. М., 2005.
32. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. М., 1974.
33. Трошин В.М., Радаев А.М., Радаева Г.М., Халецкая О.В., Клинические варианты ММД у детей дошкольного возраста // Педиатрия, 1994. № 2. С. 72-75.
34. Учебный план специальной (коррекционной) школы-интерната (V вида) № 2 для детей с тяжелыми нарушениями речи Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. Пояснительная записка. 2003.

35. Фесенко Ю.А. Психофизиологический анализ функционального состояния мозга при заикании и некоторых пограничных расстройствах у детей 5-8 лет // Дис. ... канд. мед. наук. СПб, 1994.

36. Хомская Е.Д. Исследование влияний речевых реакций на двигательные функции у детей с церебрастенией // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. М., 1958. С. 131-249.

37. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М., 1988.

38. Чибисова М.Ю. Психолог на родительском собрании. М., 2004.

39. Чибисова М.Ю., Пилипко Н.В. Психолог в школе. М., 2004.

Глава II. Специальные условия инклюзивного обучения детей со смешанными специфическими расстройствами психологического развития

В настоящее время наблюдается неблагоприятная тенденция к увеличению количества неуспевающих школьников, не справляющихся с учебной программой. За последние 20-25 лет число таких учащихся только в начальной школе выросло в 2-2,5 раза (30% и более).

В настоящее время России сложилось единое образовательное пространство, и интеграции стала ведущим направлением при обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья, что выразилось в сближении массовой и специальной образовательных систем. На сегодняшний день институт инклюзивного образования является единственным международно признанным инструментом реализации прав ребенка с ограниченными физическими возможностями на образование. В мире давно принято уделять особое внимание детям с ограниченными возможностями, их праву получать достойное образование, внимание, понимание и заботу взрослых людей. Инклюзивное образование выступает как одна из форм альтернативного обучения, базовыми принципами которого являются: ранняя коррекция, образовательная психокоррекционная помощь каждому ребенку, обоснованный психолого-медико-педагогический отбор детей для интегрированного обучения, наличие положительной системы отношений со стороны социума и др. Интеграция детей с ограниченными возможностями в учреждение для нормально развивающихся сверстников происходит с учетом уровня развития каждого ребенка и обеспечения реального выбора модели интеграции.

На современном этапе произошли значительные изменения в области государственной образовательной политики. В отечественной системе образования складывается особая культура поддержки и помощи ребенку в учебно-воспитательном процессе (психолого-педагогическое сопровождение). Разрабатываются вариативные модели сопровождения на базе медико-социальных центров, школьных служб сопровождения, профориентационных центров, психолого-медико-педагогических комиссий, центров психолого-педагогического консультирования, кабинетов доверия и других.

Своевременное и эффективное психолого-медико-педагогическое сопровождение учащихся со смешанными специфическими расстройствами обеспечивается как в условиях дифференцированного (специального или коррекционного), так и инклюзивного обучения. Приоритетным направлением деятельности по реализации права детей со смешанными специфическими расстройствами на образование является создание вариативных условий с учетом психофизических особенностей их развития в общеобразовательной среде. Действующее законодательство позволяет

организовать обучение и воспитание детей с задержкой психического развития в дошкольных и школьных образовательных учреждениях общего типа. Содержание образования определяется образовательной программой VII вида, разрабатываемой с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников.

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) дети со смешанными специфическими расстройствами составляют самую многочисленную группу, характеризующуюся неоднородностью и полиморфизмом.

В этиологии, как известно, могут фигурировать конституционные факторы, хронические и соматические заболевания, неблагоприятные условия воспитания, психическая и социальная депривация, органическая и / или функциональная недостаточность центральной нервной системы. Подобное разнообразие этиологических факторов обуславливает значительный диапазон выраженности нарушений – от состояний, приближающихся к уровню возрастной нормы, до состояний, требующих отграничения от умственной отсталости. Этим объясняется необходимость определения специальных условий обучения и воспитания детей со смешанными специфическими расстройствами в зависимости от индивидуальных возможностей компенсации их состояния под воздействием психолого-педагогических, лечебных и временных факторов.

Смешанные специфические расстройства – нарушение (замедление) нормального темпа психического развития. Термин «смешанные специфические расстройства» используется для обозначения сборной и клинически неоднородной группы дизонтогенезов (нарушений развития). Несмотря на неоднородность, задержки психического развития имеют общие специфические особенности состояния эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности, позволяющие выделить их в определенную категорию.

Исследования смешанных специфических расстройств развивались в клиническом (клинико-патопсихологическом), психологическом и педагогическом направлениях. Характеризуя состояние «смешанных специфических расстройств» по данным литературы, представляется наиболее целесообразным выделить те особенности дефекта, которые значимы для психолого-педагогического исследования и для организации и проведения коррекционного воздействия. Клинический аспект задержек психического развития подразумевает интеллектуальные расстройства, обусловленные недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы или познавательной деятельности. По ряду параметров эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер дети со смешанными специфическими расстройствами находятся как бы на более ранней возрастной стадии. Их характеризует незрелость поведения и личности в целом, несформированность навыков интеллектуальной деятельности, ограниченность знаний и представлений. Но при этом наблюдающаяся у них

«зона ближайшего развития» позволяет дифференцировать данный дефект от умственной отсталости⁵⁹.

Патогенетической основой смешанных специфических расстройств в большинстве случаев является резидуальная недостаточность центральной нервной системы, вызванная различными этиологическими факторами и обуславливающая неполноценность отдельных корковых функций, парциальное нарушение психического развития. Для высшей нервной деятельности характерно снижение силы нервных процессов, повышенная склонность к иррадиации, некоторые проявления инертности, обозначающие в целом недостаточность нейродинамики.

Исследования выявили клиническую неоднородность детей с данной аномалией развития, позволили дифференцировать и систематизировать основные клинические формы смешанных специфических расстройств⁶⁰. Все выделенные варианты смешанных специфических расстройств характеризуются сниженной обучаемостью детей, задержанным темпом развития, недостаточной сформированностью познавательной деятельности. Однако каждый из них имеет специфическую клинико-патопсихологическую структуру и прогноз, которые обусловлены прежде всего преимущественным нарушением эмоциональных или интеллектуальных функций, степенью выраженности этих нарушений, сочетанностью их с другими неврологическими и энцефалопатическими расстройствами. Данные клинико-патопсихологических исследований смешанных специфических расстройств у детей, несомненно, имеют важное теоретическое и прикладное значение. Характеристика и прогноз различных вариантов этого дефекта обосновывают психологические особенности детей, уточняют направленность и масштабность необходимой детям помощи, содействуют в определении типа дошкольного образовательного учреждения. Наиболее известной и принятой к рассмотрению является классификация К.С.Лебединской⁶¹.

Первый вариант – смешанные специфические расстройства конституционального происхождения. Для детей этого типа характерна ярко выраженная незрелость эмоционально-волевой сферы, которая находится как бы на более ранней ступени развития. Это так называемый психический инфантилизм. Психический инфантилизм – это некоторый комплекс заостренных черт характера и особенностей поведения, который может существенно отразиться на деятельности ребенка, и в первую очередь

⁵⁹ Чупров Л. Ф. Психодиагностическая триада методик для исследования структуры интеллектуального развития младших школьников. Черногорск-Москва, 2009.

⁶⁰ Чупров Л.Ф. Психодиагностическая триада методик для исследования структуры интеллектуального развития младших школьников. Черногорск-Москва, 2009.

⁶¹ Клиническая систематика задержки психического развития. // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей. / Под ред. К. С. Лебединской. М., 1982.

учебной, его адаптационных способностях к новой ситуации. Прогноз психического развития благоприятный.

Второй вариант – смешанные специфические расстройства соматогенного происхождения. В результате длительной болезни, хронических инфекций, аллергий, врожденных пороков развития на фоне общей слабости организма психическое состояние ребенка страдает, и, как следствие, не может полноценно развиваться. Повышенная утомляемость, низкая познавательная активность, притупленное внимание создают ситуацию для замедления темпов развития психики. Прогноз психического развития благоприятный.

Третий вариант – смешанные специфические расстройства психогенного происхождения. Причиной этого типа смешанных специфических расстройств становятся неблагоприятные ситуации в семье, проблемное воспитание, психические травмы. Если в семье имеет место агрессия и насилие по отношению к ребенку или другим членам семьи, это может повлечь за собой преобладание в характере малыша таких черт, как нерешительность, несамостоятельность, отсутствие инициативы, боязливость и патологическая застенчивость. Прогноз психического развития благоприятный.

Четвертый вариант – смешанные специфические расстройства церебрально-органического происхождения. Причиной появления данной группы смешанных специфических расстройств являются органические нарушения: недостаточность нервной системы, обусловленная различными неблагоприятными факторами: патология беременности (токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, резус-конфликт и др.), недоношенность, асфиксия, родовая травма, нейроинфекции. Прогноз дальнейшего развития для детей с этим типом смешанных специфических расстройств по сравнению с предыдущими вариантами, как правило, наименее благоприятен. ПМПК рекомендует им обучение по программе специального (коррекционного) учреждения VII вида.

Наиболее благоприятными в отношении прогноза педагогической коррекции и компенсации являются задержки психического развития, вызванные первичным нарушением у детей эмоционально-волевой сферы (психический инфантилизм, астенические состояния, смешанные специфические расстройства конституционального, психогенного и соматогенного происхождения). Клинико-психологические особенности таких детей проявляются в повышенной эмоциональной восприимчивости, внушаемости, частой смене настроения, истощаемости эмоциональных реакций, низкой работоспособности, неустойчивости внимания, мнестических процессов и др. Все это по прогнозам психологов и педагогов достаточно хорошо поддается компенсации и коррекции даже в условиях обычного дошкольного образовательного учреждения при оказании индивидуальной помощи. Значительную сложность для коррекции представляет смешанные специфические расстройства церебрально-

органического генеза. Эта форма задержки имеет большую выраженность клинико-психопатологических проявлений, обусловленных органическим поражением центральной нервной системы, и требует масштабного психолого-педагогического воздействия.

2.1. Психологические особенности детей со смешанными специфическими расстройствами

Психологические характеристики детей со смешанными специфическими расстройствами, обобщенные по результатам исследований, рассматриваются многими авторами. Необходимо остановиться на наиболее значимых психологических особенностях, характерных в той или иной степени для всей категории детей со смешанными специфическими расстройствами. Эти особенности являются в большинстве случаев критериями педагогической диагностики данной аномалии развития.

Общим в своеобразии всех психических функций и процессов у детей со смешанными специфическими расстройствами является замедленный темп развития, быстрая истощаемость психических функций, их низкая продуктивность и произвольная регуляция, неравномерность проявления недостаточности, которая приобретает наибольшую выраженность в интеллектуальной деятельности. В то же время каждая из психических функций имеет специфические особенности в пределах присущих ей характеристик.

В исследованиях, посвященных изучению особенностей зрительного восприятия при смешанных специфических расстройствах прежде всего указывается на низкую активность восприятия в целом и замедленность перцептивных зрительных операций, бедность ассоциативных процессов. Восприятие детей со смешанными специфическими расстройствами отличается также недостаточностью произвольного выделения деталей, неполноценной дифференциацией информационной структуры воспринятого, низкой произвольной регуляцией способа восприятия. Оказание помощи в виде дополнительных комментариев в процессе восприятия облегчает детям объединение отдельных элементов воспринимаемого материала в интегральный образ⁶². Исследователями отмечается также неустойчивость и неравномерность внимания, низкая степень концентрации на воспринимаемом материале, повышенная отвлекаемость, слабость распределения и переключаемости внимания. Между тем внимание является необходимым условием успешности деятельности. Оно обеспечивает направленность на основное действие, сосредоточенность на нем и контроль над его протеканием. Исследование, посвященное изучению у детей со смешанными специфическими

⁶² Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов. М., 2004.

расстройствами особенностей произвольного внимания во взаимосвязи с особенностями познавательных процессов, обнаружило неоднородность обследованной группы детей. Автором выделены две подгруппы детей со смешанными специфическими расстройствами, отличающиеся по ведущему фактору в структуре дефекта. При этом для детей одной подгруппы характерна недостаточность внимания, сочетающаяся с относительно высоким уровнем развития познавательной деятельности (а также мышления и памяти). У детей другой выделенной подгруппы на первый план выступало недоразвитие познавательных процессов, сочетающееся с медленным темпом деятельности. Л.Ф. Чупров отметил возможность дифференциации детей в зависимости от структуры дефекта внутри второй подгруппы, что было бы целесообразным и полезным для уточнения содержания и направленности коррекционного обучения⁶³.

Особенности памяти при смешанных специфических расстройствах характеризуются следующим образом. Основные составляющие памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение отличаются недостаточной продуктивностью. Для процессов запоминания характерны низкая активность, недостаточная целенаправленность, замедленная скорость, сниженный объем, точность и прочность запоминаемого и слабая помехоустойчивость. При возрастании сложности заданий (наличии конкурирующих групп элементов в запоминаемом материале) продуктивность запоминания снижается. Процесс воспроизведения характеризуется неточностью, неполным объемом и нарушением порядка воспринятого материала, воспроизведением несущественных деталей, трудностями при воспроизведении логических выводов и обобщений. Ограниченность речевой памяти вызывает выраженные затруднения детей со смешанными специфическими расстройствами при воспроизведении больших по объему текстовых сообщений. Эти же недостатки присущи кратковременной памяти детей со смешанными специфическими расстройствами и, что особенно важно, оперативной памяти, входящей в процесс любой деятельности, включенной в мыслительные процессы, которые связаны с различными преобразованиями воспринятого материала. Кроме того, у детей со смешанными специфическими расстройствами наблюдается снижение объема кратковременной памяти при переходе от непосредственного запоминания к оперативному. Структура недостаточности памяти не является одинаковой у детей с данной аномалией развития. Коррекционное обучение, направленное на оптимизацию мнестических процессов, позволяет заметно повысить их эффективность у данной категории детей⁶⁴.

⁶³ Чупров Л.Ф. Психодиагностическая триада методик для исследования структуры интеллектуального развития младших школьников. Черногоorsk-Москва, 2009.

⁶⁴ Лубовский В. И. Задержка психического развития как психолого-педагогическая проблема. // Развитие младших школьников в норме и при отклонениях. Иркутск, 1979.

Неполноценность мышления и прежде всего словесно-логического имеет широкие проявления при смешанном специфическим расстройстве. Наиболее ярко мыслительную деятельность детей со смешанными специфическими расстройствами характеризуют инертность, низкая продуктивность и самостоятельность, неустойчивость. Дети этой категории затрудняются в установлении точно дифференцированных связей и отношений, выделении существенных признаков и свойств, их мышление тесно связано с конкретной ситуацией, отвлечься от которой они во многих случаях не могут. У них наблюдается недостаточность аналитико-синтетических операций (особенно умственного анализа), затруднения в установлении тождества при необходимости учитывать несколько параметров, затруднения в процессе переноса усвоенного при выполнении аналогичных действий. Дети плохо справляются с заданиями проблемного характера: делают многочисленные попытки решений, перебирают операционные пробы без проверки и доведения их до конца⁶⁵.

Продуктивное (творческое) мышление в дошкольном возрасте не сформировано, начальная стадия его формирования приходится на младший школьный возраст, при этом компоненты такого мышления развиваются неравномерно. В целом по уровню сформированности мышления дети со смешанными специфическими расстройствами одного возраста также неоднородны. Меньшая часть из них, по результатам исследования мыслительной деятельности, близка к детям с нормальным развитием. У большинства наблюдаются в разной степени особенности мышления, приведенные выше.⁶⁶

Речевое развитие. Проблемы в речевом развитии могут быть следствием нарушений в отделах головного мозга, отвечающих за речь, то есть носить первичный характер. Не менее часто речевые проблемы ребенка могут являться следствием интеллектуальной недостаточности или снижения слуха, то есть быть вторичными. Анализ статистических данных показывает, что количество детей с речевой патологией постоянно увеличивается. Сама речевая патология становится более сложной. Все больше выявляется детей с речевыми нарушениями, которые носят конституциональный характер. Из всех детей с речевой патологией большую часть составляют дети, у которых речевые нарушения являются вторичными, то есть недоразвитие речи у них носит системный характер и является следствием нарушения познавательной сферы. Такая тенденция сохраняется на протяжении нескольких лет.

Речевое развитие тесно связано со сформированностью процессов мышления. Многие отклонения в устной и письменной речи у детей со смешанными специфическими расстройствами являются не чисто речевыми

⁶⁵ Усанова О. Н. Специальная психология. СПб., 2006.

⁶⁶ Лубовский В. И. Задержка психического развития как психолого-педагогическая проблема. // Развитие младших школьников в норме и при отклонениях. Иркутск, 1979.

нарушениями, а обусловлены психофизиологическими особенностями этих обучающихся. Большинство детей младшего школьного возраста характеризуется недостаточной сформированностью предпосылок к овладению письмом, что приводит к возникновению дисграфии. Нарушения письма у детей со смешанными специфическими расстройствами проявляются в большей мере как комплексные расстройства деятельности, а не «узко локализованные», отражаемые в письме нарушения каких-либо компонентов речевой функциональной системы.

Развитие детей, поступающих в школу, определяется как готовность к школьному обучению. В это понятие входит и определенный уровень речевого развития. Под речевой готовностью к школьному обучению понимают появление и развитие новых форм речи (наряду с совершенствованием ситуативной формируется монологическая контекстная речь); необходимый словарный запас и определенный уровень сформированности грамматического строя речи; возможность элементарных практических обобщений в области различных явлений языка, развитие таких функций речевой деятельности, как общение и саморегуляция. У нормально развивающихся детей все эти компоненты в основном сформированы, такие ребята успешно овладевают программой начальной школы. Характер трудностей, которые испытывают младшие школьники со смешанными специфическими расстройствами, свидетельствуют о недостаточной сформированности у них речевой деятельности.

Исследование Е.В. Мальцевой выявило «значительную распространенность у младших школьников со смешанными специфическими расстройствами дефектов устной речи (39,2% от числа обследованных). При этом вариативность нарушений проявляется весьма разнообразно: изолированные фонетические дефекты – 24,7% от числа детей, имеющих нарушения речи; сочетания дефектов произношения с трудностями в дифференциации звуков, отражающиеся в письме детей, – 52,6%; дефекты, охватывающие все стороны речевой системы и имеющие отражение в письме, – 22,5%. Дети с общим недоразвитием речи составляют 9% от всего обследованного контингента»⁶⁷.

Формирование словаря. Словарный запас учащихся, отстающих в развитии, отличается бедностью и недифференцированностью. Ограниченность его выражается в незначительном по сравнению с нормально развивающимися сверстниками количестве используемых слов, обозначающих признаки и свойства предметов, передающих оценочные суждения. Своеобразие состоит в недостаточном понимании и неправильном употреблении близких по значению слов. Как отмечают исследования, проведенные учеными-дефектологами, выявляется недостаточность активного словаря у школьников с задержкой психического развития.

⁶⁷ Мальцева Е.В. Особенности нарушений речи у детей с ЗПР // Дефектология. 1990. № 6.

Отмечаются следующие особенности их словаря: резкое преобладание пассивного словаря над активным (у нормально развивающихся такое расхождение значительно меньше); ограниченный запас слов, недифференцированное, а иногда и неадекватное употребление ряда слов.

Для детей со смешанными специфическими расстройствами характерны определенные особенности освоения родовых понятий, например, неправильное включение видовых понятий в объем родового понятия – расширение понятия. Так, большинство детей со смешанными специфическими расстройствами отнесли к мебели бытовую технику, предметы убранства комнаты и домашнего обихода, такие как лампа, телевизор, зеркало, стиральная машина, окно, шторы, чемодан, ящик, газовая плита, и др. Ошибочное отнесение этих предметов к мебели происходит из-за неправильного понимания смыслового значения слова «мебель». Кроме того, обобщающие слова «музыкальные инструменты», «электрические бытовые приборы» мало знакомы детям, в связи с чем они и расширяют значение слова «мебель». Еще одной особенностью детей со смешанными специфическими расстройствами является то, что в их речи отсутствуют даже очень распространенные словесные обозначения соотношений предметов и их частей в пространстве. Вместо них дети обычно используют термины «там», «здесь», «сюда», «оттуда». Часто они не умеют соотнести форму реальных предметов с геометрическими фигурами, хотя названия последних им известны.

Значительные затруднения дети испытывают в названии оттенков промежуточных цветов спектра. Дети со смешанными специфическими расстройствами знают, безошибочно определяют и называют основные цвета – красный, желтый, синий, если предъявляемые предметы яркой насыщенной окраски. В то же время предметы оранжевого цвета большинство из них определяют как красные или желтые. Аналогичная картина наблюдается с определением и названием фиолетового цвета. Часто наблюдается смешение фиолетового и коричневого цветов. Довольно часто дети со смешанными специфическими расстройствами допускают ошибки на смешение коричневого и серого, голубого и розового цветов. Совсем не знакомы дети с предметно-образными названиями оттенков, даже такими распространенными как сиреневый, малиновый, шоколадный, кофейный, лимонный, небесный, васильковый и т.п.

Формирование грамматического строя речи у детей со смешанными специфическими расстройствами также имеет свои особенности. Даже с конкретными существительными дети составляют лишь простые нераспространенные или примитивные предложения, состоящие из 2-3 слов («Дом стоит»). С абстрактными существительными они отказываются составлять предложения или придумывают их с нарушенным смыслом («Доброта гуляет»). Во многих предложениях нарушен порядок слов («У нас дома холодная есть вода»). В большинстве предложений прилагательные выступают в роли сказуемого («Мяч есть синий»). Среди ответов

значительную часть составляют так называемые стереотипные словосочетания («круглый мяч», «детский сад»), есть много неадекватных словосочетаний («короткий дом», «деревянный лес»).

Таким образом, высказывания младших школьников со смешанными специфическими расстройствами нецеленаправленны, обычно они используют примитивные грамматические конструкции, затрудняются связно выразить свою мысль. При составлении предложений по опорным словам у некоторых из них появляются недочеты в грамматическом оформлении речи. Ученики легко соскальзывают с одной темы на другую, более знакомую. Рассказывая, дети часто повторяют одни и те же фразы, что указывает на нарушение динамики речевой деятельности, выступающей в виде несформированности внутреннего речевого программирования и грамматического структурирования.

Для детей со смешанными специфическими расстройствами характерны значительные трудности в произвольном оперировании словами; особую трудность представляют существительные с абстрактными значениями и относительные прилагательные; при конструировании предложений из наборов слов детям со смешанными специфическими расстройствами трудно устанавливать связи слов.

Формирование словообразовательных процессов. В ходе эксперимента, описанного в работе Е.С. Слепович, детям было предложено преобразовать в прилагательные 25 существительных: сад, лес, школа, окно, стекло, и т.д.⁶⁸. Если у нормально развивающихся пятилетних детей правильно образованные прилагательные составили половину ответов, то у детей со смешанными специфическими расстройствами – одну треть. К моменту поступления в школу нормально развивающиеся ребята в основном образуют правильные формы прилагательных, значительно возрастает число правильных ответов и у детей со смешанными специфическими расстройствами. Наряду с этим резко возрастает число прилагательных-неологизмов, однако качество самих неологизмов присуще детям трех-четырёх лет. Таким образом, период детского словотворчества у детей со смешанными специфическими расстройствами наступает позже и продолжается дольше, чем при нормальном развитии.

Понимание грамматических конструкций. В русском языке много сложных грамматических конструкций, понимание которых целиком зависит от того, насколько ребенок овладел логико-грамматической системой средств языка, может ли выделить существенные, опорные признаки. Например, «Покажи карандаш линейкой», «Покажи карандашом линейку». Большинство детей рассматриваемой категории не выполняют задание «Нарисуй круг под квадратом». Они воспринимают инструкцию так: «Нарисуй круг, под ним квадрат», «Нарисуй круг и квадрат». Чтобы ребята

⁶⁸ Слепович Е.С. Исправление речи у детей. Минск, 1983.

поняли эту инструкцию, ее необходимо перестроить: «Нарисуй квадрат, под ним круг». Таким образом, они действуют согласно порядку слов в предложении, а не логике соотношений между ними.

Особенности связной речи. Описание даже простой картинке для детей со смешанными специфическими расстройствами представляет определенную трудность. Она проявляется в простом перечислении изображенного на картинке, одной-двух малораспространенных фраз, многочисленных аграмматизмах.

Устное сочинение на заданную тему – один из наиболее активных видов монологической речи. Особенности, присущие связной речи детей со смешанными специфическими расстройствами, проявляются в устных сочинениях наиболее ярко. Это быстрое соскальзывание с заданной темы на другую, более знакомую и легкую для ребенка, привнесение в рассказ побочных ассоциаций и инертных стереотипов, частое повторение одних и тех же фраз, слов; постоянное возвращение к высказанной мысли.

Наиболее характерными видами аграмматизмов являются:

– пропуск или избыточность членов предложения («В городе живут есть люди», «Дядя музыкант музыкантом тут».)

– ошибки в управлении и согласовании («И в этой сумке много газеты».)

– ошибки в употреблении служебных слов («Лампа висит на столе».)

– ошибки в употреблении времени глагола («Дядя несет письма и раздавал их».)

– трудности в формо- и словообразовании («Дядя красит дома. Он работает красником».)

Сложноподчиненные предложения, которые составляют дети со смешанными специфическими расстройствами, очень пространны, иногда состоят из 20 слов. Создается впечатление, что ребенок, начав высказывание, не может его закончить. Анализ текстов с точки зрения словоупотребления показывает, что для рассказов детей со смешанными специфическими расстройствами характерно увеличение доли существительных, местоимений, наречий, служебных слов. Частое использование местоимений и наречий с обобщенным недифференцированным значением объясняется ограниченным словарным запасом. Детям присущи выражения типа «дядя такой», «тут такое, а вот тут так». Все перечисленные особенности монологической речи детей со смешанными специфическими расстройствами позволяют говорить о динамических нарушениях речевой деятельности, которые выражаются прежде всего в несформированности внутреннего программирования и оформления высказывания.

Обобщая изложенное, можно сделать вывод, что у нормально развивающихся младших школьников и у их ровесников со смешанными специфическими расстройствами различны зоны актуального и ближайшего речевого развития. Зона ближайшего развития отстающих учащихся приближается к зоне актуального развития успевающих школьников. Опыт

речевого общения, дограмматические обобщения, сформировавшиеся в дошкольный период, позволяют нормально развивающимся детям актуализировать необходимые знания непосредственно в процессе изучения грамматических тем. У учащихся со смешанными специфическими расстройствами таких знаний недостаточно, их приходится специально формировать до изучения грамматических тем».

Особенности нарушения письменной речи у младших школьников со смешанными специфическими расстройствами. Прежде всего отмечается низкая готовность к усвоению письменной речи, трудности при ее реализации, большое количество ошибок в их письменных работах, которое намного выше, чем у их сверстников с нормальным развитием. Самая многочисленная группа ошибок обусловлена недостаточностью фонетико-фонематической стороны речи (пропуск букв, слогов, замены букв, добавления, трудности в обозначении мягкости согласных с помощью гласных второго ряда и мягкого знака). Кроме того, в письме у детей со смешанными специфическими расстройствами встречаются ошибки, характерные только для них, например, отсутствие точек и заглавных букв, что обусловлено затруднением выделения предложений из текста. Качество письма, количество и виды ошибок часто имеют непостоянный характер. Основной причиной этого является состояние работоспособности ребенка на момент выполнения письменной работы. Работоспособность у школьников со смешанными специфическими расстройствами крайне непостоянна и зависит от многих, как внешних, так и внутренних причин, индивидуальных для каждого ребенка.

Для детей со смешанными специфическими расстройствами характерно отсутствие или очень низкий уровень самоконтроля при письме. Во многих случаях они не замечают допущенных ошибок, хотя в другое время (в других условиях) многие способны правильно написать эти же слова или предложения. Темп письма учащихся неравномерен, у большинства медленный. Рука во время письма у многих напряжена. Почерк не постоянен даже во время одной письменной работы. Частично эти причины обуславливают и трудности в усвоении многими детьми со смешанными специфическими расстройствами чтения. Затруднения проявляются в его медленном темпе, большом количестве ошибок, связанных с неточностью в опознании букв, соотнесении звука и буквы, слияния букв в словах, с непониманием прочитанного.

Подводя итог, можно отметить предрасположенность к дисграфии и ее большую распространенность у школьников со смешанными специфическими расстройствами в силу их психофизиологических особенностей. Как правило, дисграфия у детей со смешанными специфическими расстройствами не является специфическим языковым расстройством. Структура нарушений письма в большинстве случаев представляет собой комплексную недостаточность ряда вербальных и невербальных психических функций, отвечающих за обеспечение процесса

письма. В письме детей со смешанными специфическими расстройствами, страдающих дисграфией, встречаются те же виды ошибок, что и у детей с нормальным развитием. Однако в их письменных работах сложнее выделить преобладание какого-либо одного вида ошибок. Низкая работоспособность и нарушение формирования самоконтроля усугубляют симптоматику дисграфии у детей со смешанными специфическими расстройствами и обуславливают особенно большое количество и разнообразие ошибок в письменных работах учащихся.

Рассмотренные выше психические функции и процессы представляют собой основные составляющие познавательной деятельности. Недостаточность той или иной функции не может не отразиться на полноценности деятельности в целом. Установить степень влияния несформированности какой-либо функции на успешность познавательной деятельности ребенка достаточно сложно. К тому же, судя по неоднородности и неравномерности задержек психического развития у детей, обусловленность специфики деятельности в каждом конкретном случае будет индивидуальна. Тем не менее при неравномерности развития различных сторон интеллектуальной деятельности детей со смешанными специфическими расстройствами существует ряд общих особенностей, характерных для большинства детей с данным нарушением.⁶⁹ К особенностям познавательной деятельности детей со смешанными специфическими расстройствами, в том числе и речевой, относятся низкий уровень мотивации, недостаточность организованности и целенаправленности, выраженная истощаемость, импульсивность и большое количество ошибок.

Познавательная деятельность детей со смешанными специфическими расстройствами может сопровождаться нарушением последовательности действий, затруднениями в переключении с одного приема работы на другой, недоразвитием самоконтроля и словесной регуляции действий. В исследованиях отмечается зависимость критериев сформированности компонентов мыслительной деятельности от неполноценности мозговой организации характера ориентировочной деятельности. Трудности оречевления деятельности приводят к тому, что недоразвиваются такие речевые функции, как планирующая, фиксирующая и обобщающая. Неполноценность саморегуляции в деятельности тесно связана и с личностными особенностями детей со смешанными специфическими расстройствами. Их характеризует неадекватная самооценка, слабость познавательных интересов, низкий уровень притязаний и мотивации.

⁶⁹ Лубовский В.И. Задержка психического развития как психолого-педагогическая проблема. // Развитие младших школьников в норме и при отклонениях. Иркутск, 1979.

2.2. Обучение детей со смешанными специфическими расстройствами психологического развития в образовательных учреждениях, реализующих инклюзивную практику

Тенденции развития ребенка со смешанными специфическими расстройствами те же, что и нормально развивающегося. Некоторые нарушения – отставание в овладении предметными действиями, отставание и отклонение в развитии речи и познавательных процессов – при своевременной и правильной организации воспитания, возможно более раннем начале коррекционно-педагогического воздействия могут быть скорректированы и даже предупреждены.

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети со смешанными специфическими расстройствами все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, открыты для сотрудничества с взрослым, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

В связи с особенностями развития дети со смешанными специфическими расстройствами в еще большей мере, чем нормально развивающиеся, нуждаются в целенаправленном обучающем воздействии взрослого. Отставание в коммуникативном развитии у детей этой категории на этапах раннего онтогенеза в силу деструктивных органических и социальных влияний, основным из которых является дефицит общения с взрослым, различные деформации в их отношениях нарушают процесс личностного развития детей (в совокупности его социальных компонентов), межличностных отношений (взаимоотношений) и их социально-психологическую адаптацию.

Особые образовательные потребности детей со смешанными специфическими расстройствами включают общие, свойственные всем детям с ОВЗ, и специфические, которые состоят:

- в получении специальной помощи средствами образования сразу же после выявления первичного нарушения развития, т.е. в дошкольном возрасте;

- в периоде подготовки к школьному обучению, обеспечении преемственности между дошкольным и школьным образованием как условия непрерывности коррекционно-развивающего процесса;

- в обеспечении коррекционно-развивающей направленности обучения в рамках основных образовательных областей;

- в организации процесса обучения с учетом специфики усвоения знаний, умений и навыков детьми со смешанными специфическими расстройствами («пошаговом» предъявлении материала, дозированной помощи взрослого, использовании специальных методов, приемов и средств,

способствующих как общему развитию ребенка, так и компенсации индивидуальных недостатков развития);

– в обеспечении непрерывного контроля над становлением учебно-познавательной деятельности ребенка, продолжающегося до достижения ее минимально достаточного уровня, позволяющего справляться с учебными заданиями самостоятельно;

– в обеспечении особой пространственной и временной организации образовательной среды с учетом функционального состояния ЦНС и нейродинамики психических процессов у детей со смешанными специфическими расстройствами (быстрой истощаемости, низкой работоспособности, пониженного общего тонуса и др.);

– в постоянном стимулировании познавательной активности, побуждении интереса к себе, окружающему предметному и социальному миру;

– в постоянной помощи ребенку в осмыслении и расширении контекста усваиваемых знаний, в закреплении и совершенствовании освоенных умений;

– в комплексном сопровождении, гарантирующем получение необходимого лечения, направленного на улучшение деятельности ЦНС и на коррекцию поведения, а также специальной психокоррекционной помощи, направленной на компенсацию дефицитов эмоционального развития и формирование осознанной саморегуляции познавательной деятельности и поведения;

– в развитии и отработке средств коммуникации, приемов конструктивного общения и взаимодействия (с членами семьи, со сверстниками, с взрослыми), в формировании навыков социально одобряемого поведения, максимальном расширении социальных контактов;

– в обеспечении взаимодействия семьи и образовательного учреждения (организация сотрудничества с родителями, активизация ресурсов семьи для формирования социально активной позиции, нравственных и общекультурных ценностей).

Рекомендации по работе с детьми со смешанными специфическими расстройствами в условиях инклюзивного образования

В обеспечении условий и возможностей интегрированного обучения детей данной категории особая роль принадлежит психологу. Работа психолога с детьми со смешанными специфическими расстройствами по формированию уверенности в себе и снижению тревожности ведется в таких направлениях, как формирование у них оптимистического склада мышления и мироощущения, положительной установки на предстоящую деятельность, умения освобождаться от страхов, переключаться с неприятных впечатлений, а также укрепление уважения к себе, веры в свои способности и возможности.

Ребенок со смешанными специфическими расстройствами имеет ряд черт, которые затрудняют процесс его общения со сверстниками и взрослыми, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на дальнейшем развитии его эмоционально-личностной сферы. В связи с этим в работе психолога выделяются следующие наиболее важные задачи: воспитание у детей интереса к окружающим людям; выработка контактности и умения извлекать опыт из неудачного общения; обучение произвольной регуляции своего эмоционального состояния и избеганию конфликтов.

В процессе школьного обучения особое значение имеет сфера саморегуляции обучающегося. Характерная для детей со смешанными специфическими расстройствами недостаточная сформированность осознанной саморегуляции деятельности является тормозящим фактором когнитивного и личностного развития ребенка, а также одной из основных причин, порождающих трудности в учебно-познавательной деятельности. Работа психолога по формированию осознанной саморегуляции познавательной деятельности у детей со смешанными специфическими расстройствами ведется в нескольких направлениях, связанных с формированием определенного комплекса умений: ставить и удерживать цель деятельности; планировать действия; определять и сохранять способ действий; использовать самоконтроль на всех этапах деятельности; осуществлять словесный отчет о процессе и результатах деятельности; оценивать процесс и результат деятельности.

Важнейшим условием актуализации потенциальных возможностей детей со смешанными специфическими расстройствами является психологическая компетентность педагога: деликатность, такт, умение оказать помощь ребенку в осуществлении учебно-познавательной деятельности, в осознании успехов и причин неудач и пр. Все это в конечном счете приводит к осознанию ребенком своих потенциальных возможностей, что повышает его уверенность в себе, пробуждает энергию достижений. Основными задачами психологического просвещения педагогов являются раскрытие «слабых» и «сильных» сторон когнитивного и личностного развития ребенка, определение способов компенсации трудностей, выработка наиболее адекватных путей взаимодействия учителя с ребенком при фронтальной и индивидуальной формах организации занятий. Конкретные формы психологического просвещения педагогов могут быть разнообразными: занятия и семинары с учителями по ключевым проблемам развития ребенка и его особым образовательным потребностям, организация педагогических консилиумов, подготовка к тематическим родительским собраниям, индивидуальные консультации и т.д.

Для успешного осуществления коррекционно-развивающей работы необходимо не только взаимодействие всех специалистов образовательного учреждения, но и активная помощь и поддержка со стороны родителей. Но на практике оказывается, что родители большей частью к процедуре взаимодействия с психологами и другими специалистами безразлично,

игнорируя проблемы, или даже негативно. Форма и содержание работы с родителями определяется степенью их готовности к сотрудничеству. На начальном этапе взаимодействия наиболее продуктивной формой работы является индивидуальное консультирование. Оно проводится поэтапно. Задачей первого этапа является установление доверительных отношений с родителями, отрицающими возможность и необходимость сотрудничества. Следующий этап индивидуального консультирования проводится по итогам всестороннего обследования ребенка. Психолог в доступной форме рассказывает родителям об особенностях их ребенка, указывает на его положительные качества, объясняет, какие специальные занятия ему необходимы, к каким специалистам нужно обратиться дополнительно, как заниматься в домашних условиях, на что следует обратить внимание. Очень важно дать понять родителям, что не следует осознавать трудности детей как неудачи и стыдиться проблем, что они должны стараться помочь своим детям, поддержать их. На этапе собственно коррекционно-развивающей работы родители привлекаются к выполнению конкретных рекомендаций и заданий психолога.

Литература

1. Лебединская К.С. Клиническая систематика задержки психического развития. // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей. / Под ред. К.С. Лебединской. М., 1982.
2. Лубовский В.И. Задержка психического развития как психолого-педагогическая проблема. // Развитие младших школьников в норме и при отклонениях. Иркутск, 1979.
3. Мальцева Е.В. Особенности нарушений речи у детей с ЗПР // Дефектология. 1990. №6. С. 10-17.
4. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов. М., 2004.
5. Слепович Е.С. Исправление речи у детей. Минск, 1983.
6. Усанова О.Н. Специальная психология. СПб., 2006.
7. Чупров Л.Ф. Психодиагностическая триада методик для исследования структуры интеллектуального развития младших школьников. Черногорск-М., 2009.

Глава III. Специальные условия инклюзивного обучения детей с нарушением интеллекта

3.1. Определение умственной отсталости. Диагностические критерии

Прежде чем говорить об инклюзии детей с умственной отсталостью, необходимо обозначить основные клинические и психометрические критерии умственной отсталости. Умственную отсталость можно определить как состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума. Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, заменив термин «олигофрения». В МКБ – 10 умственная отсталость определяется как состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных особенностей. Независимо от того или иного определения умственной отсталости в нем всегда в сравнении с нормальным развитием отмечаются два момента: раннее возникновение интеллектуальной недостаточности и нарушение адаптационного поведения.

Главные критерии умственной отсталости:

1) Тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы.

2) Непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, а также необратимость вызвавшего недоразвитие патологического процесса⁷⁰.

В диагностике умственной отсталости большое значение имеет объективная оценка степени развития интеллекта. Общепринятым количественным показателем интеллектуального уровня является коэффициент интеллекта -10, определяющийся с помощью теста Векслера.

Диагностические критерии по МКБ-10.

1. Общее интеллектуальное развитие значительно ниже среднего IQ = 70 или менее по индивидуально предъявленному тесту.

2. Сопутствующие нарушения или дефицит активных функций ребенка, т.е. отсутствие приспособленности, ожидаемой в его возрасте.

3. Начало нарушений в возрасте до 18 лет⁷¹.

МКБ-10 ориентирована на количественную оценку интеллекта. Но

⁷⁰ Руководство по психиатрии. Под ред. Тиганова А.С. В 2 томах. Т.1. М.,1999. Т.1.

⁷¹ Клиническая психиатрия. Под ред. Т.Б Дмитриевой. М., 1998.

определение IQ в диагностике умственной отсталости должно использоваться в комплексе с полным клиническим обследованием ребенка и применением дополнительных психологических методов обследования. Недоразвитие интеллекта может быть следствием влияния многих факторов, нарушающих развитие и созревание мозга.

Клиника и динамика умственной отсталости

Динамика умственной отсталости определяется развивающимися в ЦНС процессами компенсации и эволюцией возрастного созревания.

Положительная эволютивная динамика при умственной отсталости связана прежде всего с естественным ростом и развитием организма, обуславливающими повышение его адаптационных возможностей. Такое улучшение ограничено глубиной психического недоразвития и выражено тем меньше, чем больше отставание в развитии.

Отрицательная динамика умственной отсталости чаще наблюдается при более тяжелых формах, в частности при грубых аномалиях развития мозга, при осложненных формах, когда психическое недоразвитие сочетается с психодинамическим синдромом, судорожными припадками и др.⁷². Отрицательной динамике при умственной отсталости способствуют сопутствующие заболевания и травмы, психогении, неблагоприятная микросоциальная сфера, а также отсутствие лечебно-коррекционных мероприятий. Отрицательная динамика может быть связана с декомпенсацией в периоды возрастных кризов, особенно пубертатного.

Остановимся на клинических особенностях легкой умственной отсталости (дебильности). Типичной («ядерной») олигофренией свойственны тотальность психического недоразвития, которая касается не только интеллектуальной деятельности, но и всей психики в целом, а не первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактного мышления. Типичная олигофрения по мере взросления все более отчетливо выявляется недостаточностью отвлеченного мышления, слабостью предпосылок интеллекта (внимания, памяти) и психической работоспособности. Одновременно с этим медленно формируются ощущения и восприятия. Отличаются дети с легкой умственной отсталостью и недоразвитием в двигательной сфере, которое проявляется прежде всего в запаздывании и замедлении темпа развития мелкомоторных функций, в непродуктивности и недостаточной целесообразности последовательных движений, в двигательном беспокойстве и суетливости. Движения детей бедны, угловаты. Недостаточность развития двигательной сферы особенно проявляется в тонких и точных движениях, жестикуляции и мимике⁷³.

⁷² Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1995.

⁷³ Крупенникова И.В. Мочалова И.В. Психологические условия социальной адаптации детей с нарушениями интеллекта. // Рефлексивный подход к психологическому обеспечению образования. Москва-Ярославль, 2004.

Недостаточность и замедление развития зрительных, слуховых кинестетических и других процессов восприятия нарушают ориентировку детей в окружающей среде, препятствуют установлению в сознании большого полных и адекватных связей и отношений между объектами реального мира. Недостаточность восприятия при умственной отсталости во многом обусловлена нарушениями целенаправленного произвольного внимания, которое с трудом привлекается и фиксируется, легко рассеивается. Особое место в структуре психического недоразвития занимают нарушения речи, которые в большинстве случаев отражают глубину умственной отсталости: в наиболее тяжелых случаях больные не только не говорят, но и не понимают обращенную к ним речь.

Для детей с умственной отсталостью характерны изменения эмоционально-волевой сферы. В то время как элементарные эмоции могут быть относительно сохранными, высшие эмоции, прежде всего нравственные, оказываются недоразвитыми и недостаточно дифференцированными. Преобладают непосредственные переживания, эмоции, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности, актуальные только в данный момент. Степень эмоционального недоразвития при умственной отсталости находится в соответствии с глубиной интеллектуального дефекта и недостаточностью других компонентов психической деятельности и личности. Волевая деятельность характеризуется слабостью побуждений и инициативы, недостаточной самостоятельностью.

Поступки детей с легкой умственной отсталостью характеризуются отсутствием целенаправленности, импульсивностью (без какой бы то ни было борьбы мотивов) и негативизмом. Они отличаются также повышенной раздражительностью, внушаемостью и несамостоятельностью поведения, находятся в зависимости от влияний и аффектов, а также от ситуации и обстоятельств.

3.2. Оптимизация образовательной среды для детей с умственной отсталостью в процессе инклюзивного образования

Можно вычленить как приоритетные следующие *направления* в работе с детьми с умственной отсталостью в рамках инклюзивного образования:

- проведение комплексной диагностики с целью обеспечения лично ориентированного подбора соответствующих развивающих программ;
- построение индивидуальной траектории развития каждого ребенка на учебный год с последующей корректировкой, определение зон риска и работа в них на основе диагностики и мониторинга;
- составление поэтапного плана реабилитации, обеспечение индивидуального и социального благополучия;
- повышение резервов здоровья, умственной и физической работоспособности;

- формирование у ребенка адекватной самооценки и осознания реальных перспектив самостоятельной жизни;
- работа специальных коррекционных групп;
- организация начальной профессиональной подготовки, создание необходимых для нее условий и привлечение учащихся к реальному производительному труду с востребованностью его результатов;
- создание ситуации сотрудничества родителей, педагогов и всего персонала образовательного учреждения.

Основная задача медицинского сопровождения детей с умственной отсталостью – ослабить тенденцию ухудшения здоровья, стабилизировать характер течения основного заболевания, сохранить психический статус ученика, создать оптимальные условия для прохождения обучающимися образовательного маршрута, реализуемого школой, предложить программы, направленные на формирование знаний, умений и ценностных ориентаций, сформировать готовность к жизненному самоопределению (приложение 1). Эти задачи можно реализовать при взаимодействии всех субъектов образовательного процесса (педагог, воспитатель, врач, психолог) по формированию, сохранению и укреплению здоровья учащихся. Система взаимодействия включает:

1. анализ и коррекцию физического здоровья: антропометрические измерения, оценку динамики физического развития, сколиотической дуги; составление индивидуальных программ лечения и оздоровления; использование гелио-физио-кинезо-фитотерапии, нетрадиционной медицины для лечения и профилактики хронических заболеваний; тренировку аппарата аккомодации (медицинская служба);

2. анализ и коррекцию психического здоровья: определение уровня школьной зрелости, диагностику личностных особенностей, интеллектуального развития, психоэмоционального состояния, утомляемости, психологической адаптации, «зон риска»; составление коррекционно-развивающих программ, работу кабинета психологической разгрузки (психологическая служба);

3. социально-педагогическую диагностику ученика: образовательную компетентность, мотивационную направленность, субъектно-личностную компетентность, профессиональную готовность (социальная служба);

4. работу учителей и воспитателей: педагогические наблюдения, разработку образовательных маршрутов, внедрение валеологически обоснованных инновационных технологий, гуманизацию образовательно-воспитательного процесса.

В ходе медицинского обследования заполняется медицинская, психологическая и карты ученика, класса, школы. При этом формируется информационная база данных об уровне здоровья каждого ребенка, реализуется программа оздоровления и лечения, анализируется результативность образовательной деятельности ученика, изучается личность ученика как субъекта образовательно-воспитательного процесса.

Внешние условия учреждения, осуществляющих инклюзивное образование, не претерпевают существенных изменений. Однако, как и во всех других случаях, необходима предварительная подготовка педагогов для работы с особыми детьми. В организации процесса необходимо усиление акцентов на оказание помощи и поддержки ребенку по овладению им способов учебной деятельности. Значительное внимание уделяется формированию ориентировочных умений в работе с различными источниками. Необходима целенаправленная работа по формированию контрольно-оценочных умений с опорой на ориентиры, которые помогут ученику оценивать процесс и качество выполнения своей работы. Необходима адаптация, адекватная возможностям каждого конкретного ученика: адаптация содержания учебного материала, содержания учебных пособий (уменьшение, дозирование, дробление, выделение главного, замена сложного простым и т.д.). Особых условий требует оказание образовательных услуг детям с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью). Успешность функционирования ребенка (школьника, подростка, а затем и взрослого) во многом зависит от того, как и каким образом организованы ему образовательные услуги в этот период. В учебном плане специального (коррекционного) образовательного учреждения VIII вида значительное место отводится трудовому обучению, социально-бытовой подготовке. Обучение носит практико-ориентированный характер, требует многообразной практической деятельности, трудовой подготовки в учебных мастерских, в кабинете по предмету «Социально-бытовая подготовка». Поэтому, принимая ребенка с легкой умственной отсталостью в школу, необходимо учитывать возможности учреждения по оказанию образовательных услуг в рамках специальной (коррекционной) программы VIII вида. Следует подчеркнуть, что образовательный процесс строится на программном материале, который не соотносится и не совпадает с учебным материалом общеобразовательной школы ни на одном этапе обучения. Как показывает практика, оказание образовательных услуг таким детям в общеобразовательных учреждениях является более успешным при наличии в общем классе трех детей с интеллектуальной недостаточностью. Во всех других случаях, как подтверждает практика, образовательные услуги носят формальный характер и не обеспечивают потребности ученика в полном объеме.

Кроме того, каждому ребенку необходимо создание и внутренних условий, т.е. коррекционная помощь и психолого-педагогическое сопровождение на всех этапах обучения. К внутренним условиям можно также отнести психологическую и профессиональную готовность педагогических кадров (предварительную курсовую и методическую подготовку), формы и методы организации учебной деятельности учащихся. Самостоятельное освоение материала так, как изложено в учебных пособиях, для многих учащихся с интеллектуальными особенностями является малоэффективным. Они нуждаются в помощи как в усвоении содержания, так

и в овладении способами усвоения. Поэтому при подготовке к урокам учителю-предметнику необходимо учитывать образовательные потребности и возможности особых учеников и обеспечивать им дидактическую помощь путем *адаптации* учебного материала.

Практикой подтверждается, что наиболее эффективным видом дидактической помощи (адаптации) является *замена задания (задачи) аналогичным заданием*, но с более простым содержанием. Значительную помощь оказывает и *уменьшение объема учебной статьи*, но с сохранением основных ведущих терминов, определений; сокращение подробных сведений, не несущих основной смысловой нагрузки, а также *применение алгоритма действий*; *упрощение материала*, изложение формулировок *простым понятным языком с опорой* на доступные примеры из жизни. Достаточно эффективным считается использование приема *разделения материала на единицы (блоки)* усвоения: алгоритм действий, выделение этапов, памятки по составлению выводов, составление логической цепочки событий, явлений и т.д. Допускается *краткое, обзорное, ознакомительное* изучение тем, не имеющих практической направленности и не находящихся дальнейшего применения при изучении других тем. Крайне необходимым является разработка заданий практического характера, демонстрация примеров применения знаний в повседневной жизни, составление опор, памяток, схем и т.д. Создается необходимость *дифференциации заданий* с учетом уровня развития и потенциальных возможностей состава класса и каждого отдельного ученика.

Следует отметить, что указанные виды адаптации материала достаточно традиционны, но учитель обычного класса ранее не придавал им особого значения. Здесь как нельзя кстати пригодится помощь специалиста, учителя-дефектолога, который, основываясь на знаниях особенностей освоения и усвоения материала особым учеником, поможет учителю правильно адаптировать учебный материал сообразно возможностям учащихся. Целесообразно сочетать совместную работу в классе и коррекционно-развивающую работу с группой (или с учеником) в отдельном помещении с учителем-дефектологом, который проводит коррекционно-развивающие занятия на предметном материале, организуя опережающее изучение материала. После работы с дефектологом дети объединяются для совместной работы в классе. Необходимо обратить внимание на значимые особенности, присущие совместной форме обучения, которая характеризуется положительными социальными тенденциями, что в ней заложены предпосылки формирования общества, способного сочувствовать, сопереживать, принимать каждого человека таким, какой он есть.

Организация медицинского сопровождения детей с умственной отсталостью

Предлагаемая практическая модель медицинского сопровождения разработана, апробирована и адаптирована врачом-психиатром в течение 2007-2009 учебных г.г. на базе школы-интерната № 82 г. Ярославля и является частью комплексной коррекционно-развивающей программы⁷⁴.

Организация медицинского сопровождения.

1. Разработка индивидуальных программ оздоровления детей:
 - медикаментозная терапия;
 - фитотерапия;
 - физиотерапия;
 - гелиотерапия (солярий);
 - ЛФК;
 - массаж;
 - психологическая разгрузка (релаксация).
2. Лечебно-профилактические мероприятия (осуществляется профилактика усугубления основного дефекта, специальная стимулирующая терапия).
3. Лечение нервно-психических расстройств.
4. Совместная работа врача с психологом, дефектологами, логопедом и педагогами.
5. Контроль за санитарно-гигиеническими условиями обучения и организацией учебно-воспитательного процесса.
6. Осуществление контроля за организацией питания.
7. Иммунопрофилактика.
8. Медицинский контроль за организацией физического воспитания с оценкой физической подготовленности детей.
9. Диспансеризация (проведение углубленных проф. осмотров).
10. Анализ состояния здоровья детей, разработка мероприятий по улучшению здоровья.
11. Противоэпидемическая работа.
12. «Школа здоровья» I, II ступени.
13. Дни здоровья.
14. Работа по программе «Семья».
15. Медицинский контроль за работой коррекционных групп и авторской программы по физической культуре.

⁷⁴ Макшанцева Э.Н. Разработка модели «Школа-центр социально-трудовой адаптации и реабилитации» и ее практическая реализация. Ярославль, 2000.

16. Коррекционная группа «Младшая медсестра» для 9-11 кл. Профориентационная работа.

17. Санитарно-просветительная работа. Гигиеническое воспитание в детском коллективе.

18. Курсы для педагогов по обучению оказанию первой медицинской помощи.

19. Участие в постоянно действующем спец. семинаре по современным проблемам психологии, дефектологии, медицины.

Ведение паспортов здоровья детей с ОВЗ имеет целевую направленность: создание условий более эффективного педагогического руководства для укрепления здоровья и развития учащихся. Паспорт здоровья детей с ОВЗ отражает физическое развитие как ведущий показатель здоровья обучающихся, причины психосоматической дезадаптации, заболеваемость, возрастные и типологические особенности высшей нервной деятельности.

Необходимые условия для работы с паспортом здоровья детей с ОВЗ:

– поэтапная диагностика психического и физиологического состояния детей;

– медико-реабилитационная и психокоррекционная работа с выявленными отклонениями;

– создание мотивации на оздоровление;

– профориентационная работа со старшеклассниками.

Регистрация показателей 2 раза в год позволяет направленно влиять на оздоровление детей в течение всего периода их обучения, создает систему наблюдения динамики состояния их здоровья.

Паспорт здоровья ребенка с ОВЗ

Ф.И.О.

Дата рождения

Место учебы:

Основное заболевание:

Сопутствующее заболевание:

ПОКАЗАТЕЛИ	Динамика показателей							
	1 класс		2 класс		3 класс		4 класс	
	Сент.	Май	Сент.	Май	Сент.	Май	Сент.	Май
Физическое развитие								
• длина тела								
• масса тела								
• окружность грудной								
• АД								
Физиометрические показатели								

	• динамометрия								
	• спирометрия								
	Состояние здоровья								
	• осанка								
	• острота зрения OD								
	OS								
	• острота слуха								
	• пропуски по болезни								
	• хронические								
	• группа здоровья								
	• физкультурная								
	• оценка по «Диакомс»								
	Уровень психического								
	• внимание								
	• память								
	• мышление								
	• уровень тревожности								

Литература

1. Руководство по психиатрии. Под ред. Тиганова А.С. В 2-х томах. М., 1999.
2. Клиническая психиатрия. Под ред. Т.Б Дмитриевой. М., 1998.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1995.
4. Крупенникова И. В. Мочалова И. В. Психологические условия социальной адаптации детей с нарушениями интеллекта. // Рефлексивный подход психологическому обеспечению образования. Москва-Ярославль, 2004.
5. Менская Т.Б. Поликультурное образование: Программы и методы // Общество и образование в современном мире. – Вып. 2.– М., 1993.
6. Макшанцева Э.Н. Разработка модели «Школа-центр социально-трудовой адаптации и реабилитации» и ее практическая реализация. Ярославль, 2000.