

Институт экономики, управления и права (г. Казань)

Кафедра теоретической и инклюзивной педагогики

Серия «Педагогика и психология инклюзивного образования»

ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ИНКЛЮЗИВНОЙ ГРУППЕ

Методическое пособие

*Институт экономики, управления и права (г. Казань) –
республиканская базовая площадка по инклюзивному образованию,
федеральная инновационная площадка Министерства образования и науки РФ*

Казань
Познание
2015

УДК 376.42 (075)

ББК 74.55я7

Д 38

*Печатается по решению секции психолого-педагогических дисциплин
Учебно-методического совета
Института экономики, управления и права (г. Казань)*

Автор введения и приложения «Индекс инклюзивности для самообследования инклюзивной организации»: Д.З. Ахметова;
авторы I раздела: к.м.н, врач-психиатр Г.В. Орлов,
врач-психиатр И.А. Митрофанов;
автор-составитель: Горынина В.С.

Руководитель проекта – проректор по непрерывному образованию, заведующая кафедрой теоретической и инклюзивной педагогики, д.п.н., профессор Д.З. Ахметова

Д38 Дети с умственной отсталостью в инклюзивной группе: методическое пособие / Д.З. Ахметова, В.С. Горынина, Г.В. Орлов, И.А. Митрофанов. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2015. – 96 с.

Данное методическое пособие адресовано учителям начальных классов, воспитателям детских садов, специалистам и руководителям образовательных организаций, создающим и развивающим инклюзивную систему, в которой обучаются и воспитываются дети с умственной отсталостью.

УДК 376.42 (075)

ББК 74.55я7

© Институт экономики, управления
и права (г. Казань), 2015
© Ахметова Д.З., Горынина В.С.,
Орлов Г.В., Митрофанов И.А., 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Раздел 1. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИЧИНЫ, КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	6
1.1. История развития представлений об умственной отсталости.....	8
1.2. Этиология и патогенез умственной отсталости.....	10
1.3. Эндогенные причины умственной отсталости.....	10
1.4. Врожденные причины умственной отсталости.....	11
1.5. Приобретенные причины умственной отсталости.....	14
1.6. Патогенез умственной отсталости.....	17
1.7. Пренатальный онтогенез и дизонтогении.....	18
1.8. Классификация умственной отсталости.....	19
1.9. Клиническое описание олигофрении.....	20
1.10. Экспертиза умственной отсталости.....	26
1.11. Методы диагностики умственной отсталости.....	27
1.12. Лечение и профилактика умственной отсталости.....	39
Раздел 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	45
2.1. Метод наблюдения психолога за деятельностью ребенка.....	45
2.2. Экспериментальное исследование (обучающий эксперимент).....	46
2.3. Экспериментально-психологические методики.....	48
2.4. Психолого-педагогическое изучение младших школьников.....	49
2.5. Психолого-педагогическое изучение подростков с нарушениями развития.....	54
2.6. Некоторые особенности проведения психологического исследования подростков с нарушениями развития.....	55
Раздел 3. ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ.....	59
3.1. Организация психокоррекционного процесса.....	62
3.2. Инклюзивное обучение детей с интеллектуальной недостаточностью.....	71
Раздел 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ.....	73
Раздел 5. СОВЕТЫ РОДИТЕЛЯМ ПО ВОСПИТАНИЮ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СЕМЬЕ.....	82
ГЛОССАРИЙ.....	89
Приложение.....	90
ИНДЕКС ИНКЛЮЗИВНОСТИ ДЛЯ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	90

ВВЕДЕНИЕ

В связи с внедрением инклюзивного образования в нашей стране создаются инклюзивные школы и детские сады, меняются требования к педагогам образовательных организаций. Теперь в классе (группе) наряду со всеми могут обучаться дети с различными нарушениями. Педагогам, работающим с такими детьми, необходимо знать особенности их заболевания, особенности психического, эмоционального и личностного развития, а также методы и приемы организации учебной, воспитательной и коррекционной работы с ним.

В данном пособии представлена информация о клинических и психологических особенностях лиц с умственной отсталостью, а также особенностях диагностической и коррекционной работы, особенностях организации инклюзивного обучения детей с интеллектуальными нарушениями. Определенную помощь образовательной организации в развитии инклюзивного образования может оказать ИНДЕКС ИНКЛЮЗИВНОСТИ, общие контуры которого рассмотрены руководителем авторской группы, д.п.н., профессором Ахметовой Д.З.

Индекс (с английского *index*) – многозначный термин. Основные значения этого термина таковы: 1) список, указатель (например, индекс выходящих книг); 2) цифровой или буквенный показатель чего-нибудь (индекс цен); 3) объект базы данных, создаваемый с целью повышения производительности поиска данных. В случае применения «индекса» к измерению результатов инклюзивного образования он выступает в роли инструмента измерения, выявления того, в какой степени инклюзивная образовательная организация является инклюзивной в полном смысле этого слова. Данный индекс дает возможность проанализировать сильные и слабые стороны в организации инклюзивного обучения. Материалы Индекса инклюзии могут быть использованы для проведения мониторинга в общеобразовательных учебных заведениях с целью самоанализа для создания необходимых условий для обучения детей с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образования. Индекс инклюзивности дает возможность разработать план развития учебного заведения на основе полученных результатов самообследования.

В России индекс инклюзивности пока не разработан. При написании данного материала автором частично использован сборник «Index for inclusion» (составители Tony Booth и Mel Ainscow) [Index for inclusion: developing learning and participation in schools, Centre for Studies on Inclusive Education (CSIE 2011), Bristol BS16 1QU, UK].

Рассмотрены лишь общие показатели сформированности направлений и измерения инклюзивности. Индекс инклюзивности может стать руководством

для образовательных организаций, которые встали на путь создания инклюзивной системы. Данные организации могут использовать Индекс инклюзивности для того, чтобы анализировать основные проявления инклюзивной политики, инклюзивной культуры и инклюзивной практики с целью выявления различных барьеров в реализации идей инклюзивного образования, определить свои собственные приоритеты в развитии системы и оценке прогресса; использовать данный индекс в качестве составной части существующих стратегий развития, проводя глубокий анализ деятельности образовательной организации.

Индекс выполняет измерительную функцию социальной модели «disability» (неспособности, инвалидности), опирается на существующий мировой опыт развития инклюзивного образования и способствует выявлению не только достижений, но и недостатков в создании инклюзивной системы.

Данное пособие предназначено для педагогов и воспитателей, специалистов (психологов и дефектологов), работающих в инклюзивных образовательных организациях.

Необходимо помнить о том, что готовых рецептов (методик, технологий, приемов), которые могли бы использовать педагоги в конкретных ситуациях, не бывает, так как каждая личность ребенка уникальна и неповторима, каждая образовательная ситуация специфична. Педагоги и специалисты тоже отличаются друг от друга уровнем профессионализма и творческими способностями. Каждая образовательная организация должна стремиться создавать собственные подходы, методики, условия с учетом законодательной базы инклюзивного образования, материально-технических условий, профессиональных компетенций педагогов.

Знание психологических особенностей детей и их родителей, социальной ситуации их развития, гуманизм, толерантность, любовь к детям и убежденность в высокой социальной значимости своего труда позволят педагогам успешно реализовывать идеи инклюзивного образования.

Руководитель проекта профессор Д.З. Ахметова

Раздел 1. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИЧИНЫ, КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

«Умственная отсталость» – термин, рекомендованный МКБ-10, который заменил термин «олигофрения», длительное время распространенный в нашей стране и некоторых других странах мира. Хотя, наверное, более точным является термин «психическое недоразвитие», который точнее отражает суть явления, поскольку в процессе развития отстает не только интеллект, но и другие сферы психики. В данном руководстве, в основном, используется термин олигофрения как наиболее часто употребляемый врачами нашей страны.

Олигофренией (малоумием) принято называть недоразвитие психических функций вследствие причин, существовавших до рождения ребенка или подействовавших на него в первые годы жизни. Олигофрения выражается в том, что формирование большинства функций нервной системы происходит со значительной задержкой, при этом многие важные для адаптации функции не формируются вовсе.

Олигофрени — это группа непрогредиентных психических расстройств органической природы, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. В первую очередь это проявляется в интеллектуальной недостаточности и характеризуется стабильностью, отсутствием прогрессии. Однако интеллектуальная недостаточность не исчерпывает всей картины олигофрени. У умственно отсталых отмечается недоразвитие и других свойств: эмоциональности, моторики, восприятия, внимания.

Стойкий характер расстройств и отсутствие прогрессивности не позволяют рассматривать олигофрени в качестве собственно заболеваний (процессов). Однако это не означает полного отсутствия какой-либо динамики олигофрени. Во-первых, всегда присутствует определенная возрастная динамика, заключающаяся в том, что в процессе роста и взросления происходит развитие способностей и навыков индивида, накопление отдельных знаний, заучивание типичных ситуаций и способов поведения в них. Это может проявляться определенным улучшением адаптации, а при «мягких» вариантах умственной отсталости даже к некоторому сглаживанию олигофренического дефекта. Во-вторых, наличие присущей всем олигофренам органической патологии головного мозга создает условия для периодической декомпенсации, временных патологических реакций или даже психотических состояний под влиянием возрастных кризов, экзогенных вредностей или психогений.

Следовательно, к олигофрениям не относят расстройства интеллекта при прогрессивных психических расстройствах, таких, как шизофрения, эпилепсия, а также расстройства интеллекта вследствие тяжелых органических повреждений ЦНС (травм, инфекций, интоксикаций), возникшие в более зрелом возрасте (старше 3 лет), когда основные функции интеллектуальной деятельности уже сформировались. Врожденное слабоумие отличается от слабоумия вследствие приобретенных в зрелом возрасте органических заболеваний головного мозга. При деменциях происходит распад уже имевшихся психических свойств, а при олигофрении эти свойства не развиваются. Так, для олигофренов характерно недоразвитие понятийного, логического, абстрактного мышления. Мышление олигофренов носит конкретный характер. Эта особенность олигофренического мышления выражена у разных больных неодинаково и напрямую связана с глубиной слабоумия.

С точки зрения этиологии и патогенеза олигофрения представляет собой неоднородную группу. Большинство современных исследователей предполагают связь олигофрений с наследственностью (генетическим дефектом) или с экзогенно-органическим повреждением ЦНС в период раннего онтогенеза. Однако установить эти причины у каждого отдельного индивида удается далеко не всегда.

Следует учитывать, что интеллектуальный дефект - не единственное патологическое проявление олигофрении. Нередко у олигофренов отмечаются нарушения поведения, обусловленные не столько их интеллектуальным недоразвитием, сколько особенностями воспитания и их положением в обществе. Явная зависимость от родителей делает их пугливыми, они плохо переносят смену обстановки, боятся новых людей. Плохое распознавание эмоций окружающих часто приводит к недопониманию ими ситуации и может служить причиной замкнутости. Иногда больные с нетяжелыми степенями умственной отсталости, сознавая свое отличие от других людей, пытаются свое непонимание скрыть за витиеватыми рассуждениями, неумело стремятся привлечь к себе внимание поступками, которые могут оказаться деструктивными. Легкая внушаемость и наивность иногда делает их игрушкой в руках преступников.

Ухудшение концентрации внимания, имеющееся у умственно отсталых лиц, приводит к снижению его устойчивости. Это затрудняет целенаправленную познавательную деятельность, являясь одной из предпосылок трудностей в мыслительной деятельности. В связи с этим 50% умственно отсталых младших школьников либо не могут пользоваться словесной инструкцией, либо она не влияет на продуктивность их деятельности.

Расстройства памяти у умственно отсталых лиц объясняются слабостью замыкательной функции коры головного мозга и в связи с этим малым объемом

и медленным темпом формирования новых условных связей, а также их непрочностью. Забывчивость олигофренов – проявление истощаемости и тормозимости коры головного мозга.

Нарушение непосредственной памяти у умственно отсталых детей проявляется в том, что они усваивают все новое очень медленно, лишь после многих повторений, быстро забывают воспринятое и, главное, не умеют вовремя воспользоваться приобретенными знаниями и умениями на практике. Умственно отсталые, как правило, плохо понимая материал, лучше запоминают внешние не принципиальные признаки предметов в их случайных сочетаниях.

Расстройства мышления – первейший признак умственной отсталости. Недоразвитие мышления умственно отсталых детей, в частности, определяется тем, что оно формируется в условиях неполноценного чувственного познания, речевого недоразвития и ограниченной практической деятельности.

Чувства умственно отсталых незрелы, недостаточно дифференцированы: тонкие оттенки чувств им недоступны, они могут испытывать только удовольствие или неудовольствие. Эмоциональная косность олигофренов вызвана в первую очередь косностью интеллектуальной.

Слабость интеллектуальной регуляции чувств обнаруживается в том, что олигофрены ничем не корригируют своих чувств сообразно ситуации, не могут найти удовлетворение какой-либо своей потребности в ином действии, замещающем первоначально задуманное.

Воля умственно отсталых характеризуется недостатком инициативы, неумением руководить своими действиями, неумением действовать в соответствии со сколько-нибудь отдаленными целями. Как правило, олигофрены внушаемы и некритично воспринимают указания и советы окружающих.

Умственно отсталые люди с опозданием и с большим трудом формируют высшие духовные чувства: совесть, чувство долга, ответственности, самоотверженности. Слабость мысли тормозит формирование этих высших чувств.

Кроме того, олигофрения практически всегда сочетается с выраженной соматической и неврологической патологией.

1.1. История развития представлений об умственной отсталости

Термин «олигофрения» в 1915 г. ввел Е. Kraepelin как синоним понятия «общая задержка психического развития» для обозначения группы состояний тотальной задержки психического развития, однако первые клинические описания врожденного слабоумия относятся к концу XVIII века. В 1770 году Dufour описал две степени психического недоразвития: идиотию и имбецильность, до этого в медицине для обозначения любого слабоумия

использовался термин «идиотия». В начале XIX века Пинель доказал, что «если идиотизм зависит от порока сложения головы, то тогда бесполезны старания его излечить». Эскироль, основательно изучив слабоумие, первым понял, что идиотия не болезнь, а состояние, характеризующееся тем, что умственные способности при нем в течение жизни никогда не развивались.

Во второй половине XIX и начале XX века в наиболее развитых странах было введено всеобщее обучение. В связи с тем, что не все дети могли освоить школьную программу, а клинические методы оценки готовности к школе были слишком громоздки, Бине и Симон в 1905 году на основе обследования нескольких тысяч учащихся разработали психологическую методику, определяющую способность к критической оценке, абстракции и рассуждениям. Эта методика долгое время являлась основной для диагностики интеллектуального уровня аномальных детей.

В 1915 году Штерн сделал предположение, что, разделив умственный возраст ребенка на хронологический, можно получить коэффициент интеллекта (IQ), который, по его мнению, оставаясь постоянным, будет характеризовать интеллект в течение всей жизни. Дальнейшее изучение причин, клинических проявлений, вариантов социальной адаптации и т.п. происходит и в настоящее время. Всестороннее изучение олигофрении позволило выявить факторы и условия, вызывающие пороки развития (инфекции, интоксикации, нарушения обмена веществ и т.д.).

Достижением последних десятилетий является изучение неспецифических форм психического недоразвития, возникающих под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды, в том числе психологических (дефицит мотивации, дефицит внимания и др.). В развитии представлений об умственной отсталости определенное значение имели и изменения взглядов на психическое недоразвитие в целом: от признания ведущей роли конституционально-наследственной предопределенности, через период увлечения ролью «чистого» влияния окружающей среды, до признания сочетанного воздействия биологических и социальных факторов. Способы исследования олигофрении расширились за счет использования рентгенографии, пневмоэнцефалографии, электроэнцефалографии, иммунологических и биохимических методов. Современными учеными выявлены и описаны несколько сотен наследственных синдромов, сочетающихся с умственной отсталостью. В связи с установлением этиологии различных форм умственной отсталости расширились терапевтические возможности. Успешно осуществляется лечение фенилкетонурии, галактоземии, токсоплазмоза и других заболеваний. Наряду с успехами генетического консультирования внедряется дородовая диагностика состояний умственной отсталости.

1.2. Этиология и патогенез умственной отсталости

С достоверностью этиология установлена приблизительно лишь у 35% умственно отсталых индивидов. В одних случаях это наследственные факторы, действующие от зачатия и поражающие половые клетки будущих родителей. В других - это врожденные вредности, действующие уже на развивающийся плод. В третьих, это разнообразные приобретенные неблагоприятные воздействия, поражающие ребенка в первые три года жизни, среди которых на развитие влияет и дефицит сенсорной стимуляции в раннем возрасте, т.е. психическая депривация.

1.3. Эндогенные причины умственной отсталости

Изменения наследственных структур (мутации) – наиболее частые причины умственной отсталости. Генные мутации – изменения структуры хромосом. Клинически все хромосомные формы умственной отсталости, связанные со структурными перестройками, являются последствиями либо частичных трисомий (трех одноименных хромосом вместо двух), либо частичных моносомий. Геномные мутации – изменения количества хромосом. У человека мутации возникают постоянно – это естественный процесс, происходящий в ходе жизнедеятельности. Кроме того, они происходят под влиянием физических воздействий (ионизирующая радиация: электромагнитные излучения, гамма - и рентгеновские лучи, корпускулярные излучения: быстрые нейтроны, альфа-частицы). Вредоносными могут стать химические вещества (инсектициды, фунгициды, гербициды, формальдегид, ароматические углеводороды, противоопухолевые средства). Опасно также действие некоторых биологических факторов (вирусов гепатита, гриппа, краснухи, кори, ветряной оспы, свинки и др.). Помимо этого, для появления мутаций имеет значение возраст родителей, их семейное предрасположение, что может быть связано с нарушением генетического управления делением клеток.

Эндокринные заболевания и метаболические дефекты. Диабет матери может быть причиной отставания в умственном развитии ее ребенка. Фенилаланиновая эмбриопатия возникает в том случае, если у матери имеет место фенилкетонурия, т.е. содержание фенилаланина в ее крови превышает 30 мг/л.

Перезревание половых клеток - это понятие включает комплекс изменений в яйцеклетках и сперматозоидах, происшедших от момента их полного созревания до момента образования зиготы. Эти изменения могут быть связаны, в частности, с увеличением срока между овуляцией и оплодотворением, гормональными расстройствами, нерасхождением половых хромосом.

Возраст родителей. Частота рождений детей с трисомиями 13, 18 или 21 у женщин в возрасте 30-34 лет составляет один случай на 510, в возрасте 35-39

лет 1 на 185, в возрасте 40—44 лет 1 на 63, а старше 45 лет 1 на 24. Частота трисомий зависит и от возраста отцов. Основной причиной возрастного фактора является старение половых клеток, увеличение частоты мутаций (из-за снижения устойчивости хромосом к химическим мутагенам, падения активности ферментов, гормональных нарушений и т.д.).

1.4. Врожденные причины умственной отсталости

Среди причин, вызывающих нарушение созревания плода, известно более 400 внешних факторов, так как во внутриутробном периоде центральная нервная система (ЦНС) плода особенно чувствительна.

Высокий риск рождения умственно отсталых детей связан с гипоксией плода у матерей, страдающих в тяжелой форме хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистой недостаточностью, болезнями печени и почек, диабетом, болезнью щитовидной железы. Эти болезни способствуют также недоношенности и осложнениям во время родов. Нарушение психического развития ребенка может оказаться следствием взаимодействия многих вредностей, действующих как внутриутробно, так и в течение родов.



Примерно у одной из восьми женщин Rh-фактор в крови отсутствует. Дети этих женщин могут пострадать от Rh-несовместимости, если у мужей этот фактор имеется. Rh-позитивный плод, получивший этот фактор от отца, во время родов провоцирует выработку антител в крови матери. Эти антитела при следующих беременностях, проникая в кровотоки ребенка, разрушают его эритроциты, при этом токсическое действие высвобождающегося билирубина, а также нарастающая гемолитическая анемия, сопровождающаяся гипоксией и ацидозом, приводят к нарушению ЦНС, что в дальнейшем может проявиться в умственной отсталости, нарушении слуха и других неврологических симптомах.

Причиной умственной отсталости может стать также несовместимость и по факторам крови АВО.

Внутриутробные инфекции. Многие инфекции передаются от матери плоду, однако лишь малая их часть вызывает умственную отсталость. Они становятся причиной поражения ЦНС плода в 4-5% случаев тяжелой — и 1% легкой умственной отсталости. Среди микроорганизмов, вызывающих умственную отсталость, чаще всего встречаются вирусы, простейшие (протозоа) и спирохеты. У 5% беременных инфекционное поражение плода вызывают вирусы. Однако так как только у части инфицированных беременных

рождаются дети с умственной отсталостью, то нередко сложно оценить, одна ли только инфекция ее причина. Инфекция, попавшая в материнский организм, в ряде случаев не дает внешних признаков заболевания у беременной, но при этом может поражать плод. Вероятно, это связано с тем, что ЦНС плода из-за недостатка кислорода, нарушенного питания и незрелости гематоэнцефалического барьера — более благоприятная среда для микроорганизмов. Для возникновения умственной отсталости очень важно время поражения плода, степень благополучия его развития и наличие неповрежденных тканей, способных компенсировать повреждения или замедление развития, вызванные инфекционным агентом. Чем раньше действует вредность на плод, тем, скорее всего, произойдет выкидыш или возникнут пороки развития. В дальнейшем эти же вредности поражают ткани плода и замедляют его развитие. Примером может быть вирус краснухи, который в разные сроки беременности действует по-разному. При этом предполагают, что основной механизм повреждения ЦНС плода — аноксия (недостаток кислорода), в результате чего останавливается клеточное деление, что приводит к возникновению уродств или ограничению роста органов. Вероятность поражения плода зависит также от плаценты, которая не пропускает к нему возбудителей многих острых инфекций. Однако эффективность этого плацентарного барьера различна. Возбудители сифилиса, токсоплазма и некоторых других микроорганизмов проникают через это препятствие, а также могут попадать из околоплодной жидкости. Плод защищается от инфекций антителами матери. Тем не менее, и этот механизм не всегда эффективен. Так, беременная, будучи иммунной к определенному заболеванию, все же способна передать возбудитель эмбриону. Предполагается, что высокая лихорадка беременной также может нарушить нормальное функционирование ЦНС эмбриона.

Вирусные заболевания. После пандемии 1918 года было доказано, что вирус гриппа способен вызывать умственную отсталость при внутриутробном заражении. Во время пандемии 1957 года число детей, рожденных с внутриутробными повреждениями, возросло с 1,6 до 3,6%. Вирусы западного и восточного энцефалита (конского хвоста), коксаки, ЕСНО, простого вагинального герпеса и, возможно, гепатита проникают через плацентарный барьер. Однако не ясно, какова частота поражения ЦНС плода, приводящая к возникновению умственной отсталости.

Краснуха. Если беременная заболевает ею в первые три месяца беременности, то риск умственной отсталости у ребенка составляет от 15 до 20%.

Цитомегалия. Вызывается вирусом слюнных желез, попадающим от матери к плоду, который приводит к воспалению мозга и его оболочек, что

завершается смертью или тяжелым заболеванием эмбриона. У умерших младенцев от 1 до 2% обнаруживают цитомегалию.

Врожденный сифилис. Сифилитическая спирохета передается плоду через плаценту матери, зараженной во время беременности. Она не проникает в эмбрион до пятого месяца беременности. В сороковых годах XX века 4% умственной отсталости связывали с сифилисом. Применение антибиотиков для лечения сифилиса резко уменьшило поражение плода. Увеличение в десятки раз числа больных сифилисом в последние десятилетия привело к возрастанию риска появления врожденного сифилиса.

Листерия. Листерии, обладающие способностью проходить плацентарный барьер, поражают преимущественно нервные ткани плода. Это может приводить к его гибели или к септицемии и менингоэнцефалиту, оставляя грубые органические поражения ЦНС. После рождения в связи с этим возникает тяжелая умственная отсталость.

Редко описываются случаи врожденного туберкулеза.

Токсоплазмоз. Токсоплазма — одноклеточный паразит — передается от животных человеку предположительно через их мясо. Распространенность врожденного токсоплазмоза от 5 до 7 на 10 000 нормальных младенцев. Инфицируются младенцы до рождения и после родов. Примерно 10% зараженных младенцев умирает через один-два месяца. У многих из выживших детей имеются множественные пороки развития и умственная отсталость.

Наиболее частые химические вредности, приводящие к интеллектуальному дефекту, — алкоголь, тератогенный эффект которого клинически проявляется выраженными нарушениями в виде «синдрома алкогольного плода», кроме того тератогенным эффектом обладают свинец, некоторые лекарственные препараты. В период органогенеза с начала третьей и до конца десятой недели любой вредный фактор может привести к смерти эмбриона или появлению пороков развития. Яды могут повлиять на ЦНС и позже, не подвергая разрушению органы, завершившие свое развитие. Частота пороков у умерших в пренатальном периоде развития составляет от 21 до 42%. Распространенность пороков развития у детей в разных странах колеблется от 2,7 до 16,3% (Норкер W., 1982).

К лекарственным веществам, имеющим тератогенное действие, относятся гормональные препараты половых желез, надпочечников, поджелудочной железы (инсулин); препараты, подавляющие обмен веществ (антипурины, антиглутамины); препараты, избирательно разрушающие раковые клетки; антибиотики; галлюциногены; азокрасители и другие.

Некоторые наркотические вещества (ЛСД), контрацептивные средства, чрезмерное курение также оказывают тератогенное действие. Кроме того, белково-калорийная недостаточность и голодание матери, а также дефицит

поступления в ее организм некоторых витаминов (А, В, Е, фолиевой и пантотеновой кислоты) ставят под угрозу интеллектуальное развитие будущих детей.

Тератогенное действие разных веществ различно. Сульфонамиды, например, повреждают мозг, вызывая желтуху плода. Препараты, препятствующие свертыванию крови, могут привести к кровоизлияниям в мозге и к его стойким повреждениям. Повреждения плода зависят и от способа, и от времени действия вещества. Различные реакции на один и тот же агент у разных плодов могут быть связаны с их генетическим своеобразием. Кроме того, тот или иной порок может быть вызван генетической слабостью локуса. Таким образом, генотип определяет, какие ткани или органы будут чувствительны к определенному тератогену. В связи с этим появляются этиологически полиморфные типы заболеваний, при которых умственная отсталость сочетается с врожденными дефектами органов и систем.

Физические факторы. Радиационные воздействия на беременных женщин при диагностических, терапевтических, профессиональных или случайных рентгеновских облучениях при катастрофах на атомных электростанциях могут вызвать тератогенный эффект и умственную отсталость. Это воздействие зависит не только от стадии развития зародыша, но и от дозы, вида и мощности ионизирующего облучения, а также от индивидуальной чувствительности. Возникновение пороков под влиянием ионизирующего облучения связано с прямым повреждением плода, а также с нарушением метаболизма и проницаемости клеточных мембран в организме будущей матери. Наиболее часто при этом наблюдаются пороки нервной системы, глаз и черепа.

Механические воздействия, вызывающие пороки: амниотические сращения, чрезмерное давление матки или опухоли на плод при маловодии или крупной миоме. Повышение температуры тела, а также воздействие шума на беременную в эксперименте вызывают тератогенный эффект.

Острые или хронические эмоциональные стрессы в течение беременности могут оказаться причиной пороков развития, малой массы плода и умственной отсталости (Drillien С., Wilkinson E., 1964).

Влияние недоношенности и перекошенности на психическое развитие ребенка определяется не только недостатком массы тела, но и продолжительностью беременности. Частота неврологических и психических нарушений у таких детей составляет не менее 20%.

1.5. Приобретенные причины умственной отсталости

В 9% случаев умственной отсталости причиной поражения мозга становятся перинатальные вредности, что связывают с гипоксией. Недостаток кислорода в процессе родов может быть обусловлен тяжелыми болезнями

матери (сердечно-сосудистой недостаточностью, заболеваниями крови и т.д.). Асфиксия плода обычно сочетается с родовой травмой, чему способствуют быстрые или затяжные роды, узкий таз, лицевое предлежание, ягодичное предлежание плода, недоношенность и переношенность плода, упомянутые вредности внутриутробного периода.

В первые годы жизни наиболее частой причиной поражения ЦНС и умственной отсталости оказываются менингиты, энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, состояния клинической смерти. Заболевания, сопровождающиеся тяжелым истощением (токсическая дизентерия), сменяющие друг друга инфекции (от 5 до 25%) также могут оказаться причиной отставания в развитии особенно у недоношенных или детей, перенесших тяжелую родовую травму.

Социальные и культурные факторы. Личный опыт, среда и особенно семейное окружение оказывают серьезное влияние на развитие интеллекта и личности ребенка. Условия, в которых ребенок воспитывается в раннем возрасте, во многом определяют его дальнейшую жизнь. Для оптимального психомоторного развития формирование навыков должно происходить в чувствительные (критические) периоды жизни. Обнаружено, что для освоения цвета, формы, звука и материала предметов наиболее подходящее время — от 2,5 до 6 лет. В то же время слишком раннее форсированное обучение навыкам чтения и счета до того момента, когда ребенок способен их воспринять и получить удовлетворение от своих достижений, в дальнейшем может привести к нарушению способности обучаться или даже к ограничению интеллектуальных возможностей (Pringle M. et al., 1966).

Благоприятная атмосфера в семье — неперемное условие развития когнитивных функций и формирования эмоциональной сферы. Препятствием развития ребенка могут стать условия депривации, в которых он не сможет приобрести социальный опыт или этот опыт окажется недостаточным. Наиболее важные факторы депривации таковы: 1) недостаточность и непоследовательность материнской заботы с элементами пренебрежения; 2) искаженное воспитание психически больными или отсталыми родителями; 3) дезорганизация семейной жизни в связи с отсутствием отца или матери или их антисоциальное поведение; 4) социальная изоляция семьи; 5) неблагоприятные материально-бытовые условия, невозможность владения личными вещами — игрушками, одеждой, постелью и т.д. (Robinson H. et al., 1965). У ребенка, воспитывающегося в условиях депривации, ограничены возможности для обучения, что влечет за собой отставание формирования речи, моторных, познавательных функций и способности общения. Все это негативно отражается на решении жизненных задач ребенком и ухудшает обучаемость (Kagan J., 1970). В некоторых исследованиях обнаруживается участие этих

факторов в происхождении 80— 90% случаев умственной отсталости. Однако получаемые данные зависят от критериев депривации, использованных в работах, техники исследования, изучаемого контингента и страны. Наибольшее значение социальные и культурные, а также семейные и психологические факторы (депривация) имеют для возникновения легкой степени умственной отсталости.

Влияние частичной депривации может сказаться на тех детях, которые ослаблены врожденными вредностями или рано перенесенными болезнями, следующими одна за другой. Другая иллюстрация интеграции биологических и социальных факторов — воспитание личностно незрелой матерью-подростком недоношенного ребенка или рождение ребенка в социально неблагополучной семье. При этом основную опасность для психического развития ребенка представляет не столько сама недоношенность, если его масса не слишком мала, сколько сочетание последней с особенностями социальных условий, в которых он рождается и воспитывается.



Изучение зависимости психического развития детей первого года жизни от отклонений в течение беременности и родов, а также от культурного уровня семьи (по образованию родителей) выявило прямую зависимость психического развития детей от образования родителей и обратную — развития детей от выраженности пре- и

перинатальной патологии (Панасюк А.К. и Панасюк А.Ю., 1971). И эта работа и многие другие аргументы свидетельствуют в пользу серьезного влияния семейно-психологических факторов на формирование психики детей раннего возраста, особенно в случае их сочетания с соматическими вредностями.

В происхождении тяжелой степени умственной отсталости участвует комплекс наследственных (хромосомные aberrации, гены большого действия) и серьезных внешних факторов (травмы, нейроинфекции). Эти факторы оказывают сильное негативное воздействие на формирование мозговых структур, а также на развитие плода в целом.

За возникновение легкой степени психического недоразвития ответственно иное сочетание факторов, обычно не поддающееся разделению: семейно-конституциональные (генетические) особенности и комплекс отрицательных воздействий среды: биологических (вредностей, действующих внутриутробно, во время родов и в раннем возрасте) и культурно-семейных, препятствующих полному раскрытию наследственных задатков, развитию интеллекта в пределах генетических программ. Происхождение одной части

легко отсталых связано с генетическими факторами, например, из-за неполного проявления мутантных генов и последующего поражения мозга. У другой части легкая степень умственной отсталости определяется факторами, влияющими на формирование интеллекта в норме, в результате чего оно соответствует крайнему варианту низкого интеллектуального уровня, развиваясь у физически благополучных лиц. Подтверждением наследственного происхождения значительного числа умственно отсталых этой группы является то, что у 36% из них один или оба родителя отстают в психическом развитии. Однако в этих семьях часто выявляются и другие неблагоприятные воздействия, поэтому трудно решить, какие из них оказали наибольшее влияние.

1.6. Патогенез умственной отсталости

Патогенез умственной отсталости определяется хроногенным фактором, заключающимся в том, что как генетические, так и средовые вредности, воздействуя в один и тот же период развития мозга, способны вызывать в нем сходные нарушения. Наряду с этим одинаковые факторы, поражающие мозг плода или ребенка на разных этапах его формирования, могут привести к различным изменениям. То, как отреагируют структуры мозга, зависит главным образом от его анатомической и функциональной зрелости и достаточно характерно для того или иного периода развития. Симптоматика умственной отсталости при поражении плода в первые четыре недели беременности отражает грубые нарушения развития всего организма. Действие вредностей в период от четырех недель до четырех месяцев беременности, когда формируются органы и ткани, может проявиться в патологии не только мозга, но и в дисплазиях сердца, желудочно-кишечного тракта и других органов и систем, а также в тканевых дисплазиях (например, болезнь Марфана — дефект соединительной ткани). Воздействие вредоносных влияний во второй половине беременности, когда формирование всех органов уже завершено и только ЦНС продолжает интенсивно развиваться, проявляется изменениями в наиболее поздно развивающихся структурах мозга и местном недоразвитии отдельных его долей (лобной, теменной). В последние недели беременности и при родах гипоксия, интоксикация и грубая травма могут привести к внутримозговым кровоизлияниям в коре и подкорковых отделах. Эти вредности и поражения мозга после родов вызывают органические повреждения. Чем раньше это происходит, тем более вероятны глобальные нарушения психики, сопровождающиеся замедлением всего психического развития. Нет полной ясности в том, что в процессе созревания мозга определяется генетически, а что — влияниями среды. Генетическая программа создает лишь схему возможных нейрональных объединений в коре головного мозга, функциональная же система из нейронов возникает благодаря воздействию внешних раздражителей

во время чувствительного периода. Таким образом, деятельность нейронов меняется под влиянием поступающей в мозг информации, а ее недостаток в раннем периоде развития может привести к необратимым изменениям и психическому недоразвитию. Отношения между патологическим процессом (изменениями в головном мозге) и клинической картиной умственной отсталости сложны. Одно и то же наследственное заболевание, связанное с нарушениями обмена веществ, может проявляться весьма различно: либо только в форме умственной отсталости, либо в ее сочетании с речевыми, эмоциональными, поведенческими или другими психическими расстройствами. При этом различная выраженность симптомов и их разнообразие определяются степенью недостаточности фермента. При некоторых заболеваниях формирование интеллекта происходит в то время, когда имеет место постоянное расстройство обмена веществ, нарушающее клеточный метаболизм в мозге.

Умственная отсталость связана с происходящими на разных этапах нарушениями развития организма (онтогенеза). Понять патогенез этих нарушений возможно лишь в том случае, если будет оценен весь ход формирования индивида. Онтогенез делят на пренатальный и постнатальный. Генетическая информация, заложенная в оплодотворенной яйцеклетке, определяет процесс будущего развития. В то же время само эмбриональное развитие — результат интеграции наследственных и внешних (экзогенных) факторов, действующих через организм беременной женщины.

1.7. Пренатальный онтогенез и дизонтогении

Умственная отсталость может быть проявлением уродств или пороков развития. Уродства — это изменения одного или многих органов, возникающие на ранних стадиях внутриутробного развития и выходящие за пределы вариации данного вида. Н. Spatz (1938) расширил это определение. По его мнению, уродство может возникнуть и в постнатальный период жизни. Порок развития — отсутствие той или иной части органа или системы. Менее грубое нарушение — остановка на одной из стадий развития — квалифицируется как задержка развития.

Пренатальные изменения онтогенеза могут проявиться общим уменьшением мозга (микроцефалией) или его отдельных частей (недоразвитием долей мозга). Иногда полностью отсутствует какой-либо отдел мозга (например, агенезия мозолистого тела). Возможно появление вторичных агенезий вследствие гибели уже развившихся нервных клеток. В то же время могут возникнуть скопления недифференцированных клеток, нарушиться формирование клеточных или сосудистых структур. Иногда снижаются функциональные свойства нервных клеток. Могут возникнуть гетеротопии, при

которых клетки в процессе развития перемещаются и попадают в чуждые для них структуры мозга.

Многообразие повреждений ЦНС соответствует большое разнообразие симптомов психических расстройств, о чем будет сказано ниже. В редких случаях уродства ничем себя не проявляют.

Повреждения мозга во внутриутробном периоде в последующем могут стать причиной абиотрофий, возникающих под влиянием повышенных нагрузок возрастного, физического или умственного характера. Абиотрофия — это преждевременное угасание жизненных возможностей клеток или тканей организма, характеризующееся, прежде всего, снижением адаптивных возможностей и уровня их функционирования. Возникновение абиотрофий объясняется воздействием вредоносных факторов во время беременности в периоды закладки тех систем, которые в дальнейшем окажутся преждевременно стареющими. Действие вредоносных факторов на четвертом месяце может привести к агирии (неразвитию извилин мозга). Вредности на 3—4-м месяцах беременности могут воспрепятствовать формированию в мозге плода отверстий Мажанди и Люшка, что приведет к врожденной гидроцефалии. Абиотрофия — этиологический фактор генетически обусловленного заболевания ЦНС, хореи Гентингтона.

Одна из причин возникновения уродств головного мозга плода — авитаминозы А, В, Е, фолиевой и пантотеновой кислоты у беременной женщины. Пренатальная и перинатальная асфиксии плода также могут вызвать уменьшение массы мозга, уменьшить количество нейронов и капилляров (Клосовский Б.Н., 1962).

1.8. Классификация умственной отсталости

Согласно ныне действующей МКБ-10 термин олигофрения заменен термином умственная отсталость. По степени выраженности различают легкую умственную отсталость, умеренную умственную отсталость, тяжелую умственную отсталость, глубокую умственную отсталость.

В легкую умственную отсталость включаются дебильность, легкая олигофрения, легкая умственная субнормальность и малоумие.

Умеренная умственная отсталость включает имбецильность, умеренную умственную субнормальность и умеренную олигофрению.

Тяжелая умственная отсталость включает в себя тяжелую умственную субнормальность и тяжелую олигофрению.

Глубокая умственная отсталость — идиотию, глубокую умственную субнормальность и глубокую олигофрению.

Для каждой категории умственной отсталости определены достаточно четкие диагностические критерии, основанные на показателе интеллектуального

коэффициента (IQ): для легкой умственной отсталости он равен 50-69, для умеренной — 35-49, для тяжелой — 20-34, для глубокой — ниже 20.

А) Легкая умственная отсталость – состояние общего психического недоразвития, сопровождающееся негрубым отставанием от сверстников в интеллекте, духовном и, как правило, физическом развитии. Больные с этой степенью поражения интеллекта менее других олигофренов отличимы от лиц с задержкой развития и социально-педагогически запущенных. Однако у них всегда имеется главный признак олигофрении – конкретность мышления.

Б) Умеренная умственная отсталость – средняя степень психического недоразвития – составляет 10% от всего числа выявляемых среди населения случаев олигофрении. Она характеризуется главным образом несформированными познавательными процессами (конкретным, непоследовательным, тугоподвижным мышлением) и, как правило, неспособностью образовывать отвлеченные понятия. У таких больных нарушена координация движений, точность и темп. Часто имеются грубые аномалии зрения и слуха. Запас слов и знаний крайне скудный, новые знания почти не приобретаются.

В) Тяжелая умственная отсталость – выявляется 3-4 случая на 1000 человек, что составляет 4% от всех умственно отсталых. По клинической картине, наличию грубых органических факторов в этиологии, сопутствующим неврологическим и соматическим расстройствам тяжелая умственная отсталость во многом сходна с умеренной. Но в данном случае интеллектуальный дефект выявляется рано, либо до года, либо в первые годы жизни. Эта степень умственной отсталости всегда сопровождается грубым недоразвитием двигательной сферы.

Точная количественная оценка глубины умственной отсталости обычно требуется для проведения школьной, военной или судебной экспертизы и требует, помимо клинико-патопсихологического анализа, использования стандартизированных экспериментально-психологических методик и квалифицированной их интерпретации.

Врачи интернисты (не психиатры) в своей практической деятельности обычно сталкиваются со случаями, когда достаточно лишь ориентировочной оценки глубины умственной отсталости за исключением тех случаев, когда они, согласно законодательству, привлекаются в качестве экспертов для решения юридических или педагогических вопросов в ситуациях недоступности квалифицированного психиатра или медицинского психолога.

1.9. Клиническое описание олигофрении

Дети, страдающие олигофренией с самого раннего возраста, развиваются иначе, чем их нормальные сверстники. У детей первых лет жизни при глубокой

задержке психического развития недостаточность мышления более всего проявляется в недоразвитии тех функций, которые отражают становление познавательной деятельности. До этого, в раннем детском возрасте, психическое недоразвитие выражается главным образом в недостаточности аффективно-волевой сферы и моторики ребенка (у них, как правило, задерживается развитие сложных произвольных форм движений, они часто начинают позже ходить), искажении и замедлении сроков становления зрительных и слуховых рефлексов, неполноценности «комплекса оживления», более позднем проявлении эмоционального реагирования на окружающее. На 2-3-м году интеллектуальная недостаточность проявляется в особенностях поведения и игровой деятельности. Дети медленно овладевают навыками самообслуживания, не отличаются живостью, пытливостью, интересом к окружающим предметам и явлениям, которые свойственны здоровому ребенку. Игры их характеризуются простым манипулированием, непониманием элементарных требований игры, слабостью контактов с детьми, меньшей эмоциональностью, при этом носят стереотипный и примитивный характер, поэтому в игре они не всегда могут действовать соответственно взятой на себя роли, так как недостаточно понимают игровую ситуацию в целом. Для дошкольного возраста характерны отсутствие побуждений к интеллектуальным формам игровой деятельности и повышенный интерес к подвижным, нецеленаправленным играм. В эмоциональной сфере отмечаются примитивные реакции и недостаточная дифференцированность высших эмоций — проявлений сочувствия, стыда, личностных привязанностей.

У нормального ребенка круг представлений об окружающем все больше расширяется, он становится способен воспринимать более сложную информацию, устанавливает соответственно своему возрасту зависимость явлений природы, связи и отношения между предметами внешнего мира и т. д. При этом к началу школьного обучения у детей появляются уже некоторые знания отвлеченного характера об окружающем мире, чему особенно способствует развитие речи. В то же время у умственно отсталого ребенка отмечается резко обедненный и суженный круг знаний и представлений об окружающем, слабая ориентировка в пространстве, во времени, в обыденной жизни. Он часто не знает своего адреса, имен близких родных, не знает, где они работают. Столь же бедны его знания об окружающих предметах и их признаках. Таким образом, умственная отсталость не ограничивается одними лишь нарушениями интеллекта, а характеризуется общим недоразвитием всех психических функций, т.е. их тотальностью. Их отличительной чертой являются тугоподвижность, инертность психических процессов, в силу чего они склонны к «застреваниям», к стереотипности в мышлении и действиях.

Однако дефект психического развития умственно отсталых детей выступает особенно резко не в дошкольном возрасте, а в условиях школьного обучения, когда на первый план все больше выступают интеллектуальные расстройства, которые проявляются в разных сферах деятельности и поведении больных, главным образом в учебной деятельности.

Расстройства мышления: Умственно отсталые индивиды мыслят конкретно, т.е. остаются во власти единичных наглядных образов, не умея понять скрытое за ними общее, существенное. Они скорее вспоминают, чем размышляют. Кроме того отмечается нарушение динамики мыслительной деятельности, что проявляется в форме лабильности и инертности мышления. Также у них обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов и трудности переключения. Отличительной особенностью нарушений мышления являются неспособность к отвлеченным обобщениям, к установлению связей и зависимостей между предметами и явлениями окружающей действительности, к их анализу и синтезу. Мышление олигофрена имеет наглядно-образный, ситуационный характер и обладает рядом своеобразных черт. Так, рассматривая предмет, такой ребенок замечает меньше характеризующих его признаков, бессистемно выделяет главным образом только наглядно воспринимаемые, резко очерченные его части и, как правило, не самые существенные. Эти дети затрудняются, например, на основе предварительного выделения одного признака объединить в одну категорию предметы, входящие в различные наглядные ситуации (тарелку - с посудой, стол - с мебелью, козу-с животными, утку-с птицами и т. д.). У умственно отсталых детей резко выступает недостаточность процессов сравнения, имеющих огромное значение для развития познания, для усвоения учебного материала. Все это и лежит в основе тех трудностей, которые возникают у этих детей при обучении в массовой школе. Уже на самых первоначальных этапах обучения грамоте эти дети испытывают затруднения в соотношении звуков и букв, в их слиянии в комплексы и, особенно, при переходе от техники чтения к пониманию смысла прочитанного.

Грубая недостаточность мышления этих детей выявляется при обучении счету, так как самые элементарные счетные операции требуют абстракции, а умственно отсталые дети без специального обучения способны считать только на конкретном материале. Дети-олигофрены без особых затруднений усваивают порядковый счет, более или менее легко просчитывают заданный им ряд чисел, например, до 10, 20. Но они с трудом могут понять количественное содержание числа, что приводит к значительным затруднениям в решении простейших арифметических примеров на сложение и вычитание, плохо дифференцируют арифметические знаки «плюс», «минус», путают их названия и смысл связанных с ними действий. Такие ученики часто не понимают смысла задачи, не соотносят

содержание задачи и ее числовые данные с представлениями о реальных предметах и их взаимоотношениях. В связи с этим при решении арифметических задач возникает стереотипное мышление, проявляющееся в попытках решать новую задачу по аналогии.

Нарушение мотивационного компонента мышления характерно для умственно отсталых лиц, у которых, как правило, отсутствует мотив действия. Отсутствие целенаправленности в действии сказывается и в мышлении, которое становится не только поверхностным и незавершенным, но и перестает быть регулятором поведения. Таким образом, мышление умственно отсталых конкретное, ограниченное непосредственным опытом и необходимостью обеспечения своих сиюминутных потребностей, непоследовательное, стереотипное и некритичное. Регулирующая роль мышления в поведении недостаточна. Нарушение мышления у олигофренов не только определяет особенности их познавательной деятельности, но и оказывает влияние на развитие всей их личности. Они недостаточно хорошо понимают ситуацию, не умеют изменять поведение в зависимости от нее. У них несколько снижено критическое отношение к себе и окружающим, хотя при более легких степенях умственной отсталости они способны в какой-то степени переживать свои неуспехи в обучении.

Таким образом, у детей, страдающих олигофренией, по мере взросления все более и более отчетливо выявляется недостаточность отвлеченного мышления, слабость предпосылок интеллекта, в частности внимания, памяти, психической работоспособности.

Одновременно с этим медленно формируются ощущения и восприятия. 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. Кроме замедленности развития восприятия существуют и другие особенности недостатки. Например, если люди с нормальным уровнем интеллекта воспринимают увиденное все сразу, то олигофрены последовательно и потому медленно. Это в свою очередь затрудняет ориентирование, оказывает влияние на все психическое развитие. Умственно отсталые не способны увидеть связей и отношений между объектами. Им не удастся различить выражения лиц на картинках, уловить светотени, понять перспективу и значение частичных перекрытий предметов из-за их разной удаленности на картинках.

Недифференцированность восприятия проявляется в неспособности различить сходные предметы при попытке их узнать (кошка ими не отличается от белки, а компас воспринимается как часы).

Также у олигофренов имеются значительные затруднения в кинестетическом восприятии (ориентировке своего тела в пространстве), что приводит к плохой координации движений. Недифференцированность мышечных ощущений обнаруживается, например, при неудачных попытках сравнить предметы на вес, руками.

Мотивация в познании окружающего мира у умственно отсталых, как правило, снижена либо отсутствует, поэтому перцепция у них принципиально не отличается от субъекта к объекту. Отсутствие разнообразия в активности приводит к примитивизации восприятия.

Эмоции и чувства умственно отсталых незрелы и малодифференцированы. Переживания примитивны, полюсны: либо только удовольствие, либо неудовольствие, без всяких нюансов. Эмоции олигофрена часто бывают неадекватными и непропорциональными воздействиям внешнего мира по своей динамике. С опозданием, большим трудом и не всегда формируются высшие духовные чувства: совесть, чувство долга, ответственности. Сопереживание доступно олигофренам в исключительных случаях. У них отсутствует способность получать удовольствие от предметов, не приносящих конкретную пользу, например, от произведений искусства.

У умственно отсталых преобладают непосредственные переживания конкретных жизненных обстоятельств, эмоции, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности, актуальные только в данный момент. Настроение, как правило, неустойчивое.

Нарушение речи у умственно отсталых лиц встречается часто (40-60%). Они проявляются в форме немоты, ограничения речи несколькими словами, косноязычия, гнусавости, заикания. Как правило, они понимают обращенную к ним элементарную речь. Но более сложные обороты речи им доступны не всегда. У умственно отсталых детей первые слова появляются лишь в 2-3 года, короткие и аграмматические фразы – к 5-6 годам. Словарный запас олигофренов остается скудным до конца жизни. Особенно плохо формируется активный словарь.

Они почти не пользуются прилагательными, глаголами, союзами. Даже в освоенном детьми лексиконе значения многих из употребляемых слов им не ясны. Отмечаются значительные сложности в подборе слов для выражения чувств и оттенков мысли. Имеются значительные затруднения в оформлении своих мыслей, передаче содержания прочитанного или услышанного, отстающая в своем развитии речь умственно отсталых детей не может быть ни адекватным средством общения, ни обозначения, ни полноценным орудием мышления. В случаях олигофрении, осложненной остаточными явлениями органического поражения головного мозга, встречаются очаговые расстройства речи по типу моторной и сенсорной алалии, псевдобульбарной дизартрии и т.п.

Нарушение памяти у умственно отсталых детей проявляется в том, что они усваивают все новое очень медленно, лишь после многих повторений, быстро забывают воспринятое и, главное, не умеют вовремя воспользоваться приобретенными знаниями и умениями на практике.

Нарушение мотивационного компонента памяти у умственно отсталых индивидов сказывается в том, что при отсутствии личностного отношения к окружающему миру они запоминают лишь то, что им кажется важным. Они не способны целенаправленно заучивать и припоминать. Обычно запечатлеваются лишь внешние признаки предметов и явлений. Олигофренам недоступны воспоминания о внутренних логических связях и обобщенных словесных объяснениях, в то время как механическая память может быть сохранной или даже гипертрофированно развитой.

Расстройства внимания. Недостаточность концентрации внимания, имеющаяся у умственно отсталых лиц, приводит к снижению его устойчивости, что затрудняет целенаправленную познавательную деятельность. Кроме того, обычно у умственно отсталых детей отсутствует либо значительно снижена способность к переключению внимания и его распределению между различными видами деятельности. Они, например, не могут сразу выполнять два задания: рисовать и петь, рисовать и комментировать свой рисунок, одеваться и рассказывать стихотворение.

Волевые расстройства умственно отсталых лиц характеризуется недостатком инициативы, неумением руководить своими действиями, неумением действовать в соответствии со сколько-нибудь отдаленными целями. Олигофрен часто неспособен отказаться от чего-либо непосредственно желаемого даже ради более важного и привлекательного, но далекого.

Как правило, умственно отсталые лица внушаемы и некритично воспринимают указания и советы окружающих людей произвольная активность им мало доступна.

Поступкам детей-олигофренов свойственны отсутствие целенаправленности, импульсивность (без какой бы то ни было борьбы мотивов) и негативизм. Они отличаются также повышенной подражательностью, внушаемостью и несамостоятельностью поведения, находятся в зависимости от влечений и аффектов, а также от ситуации и обстоятельств.

Мотивы учебных, трудовых и других действий умственно отсталого индивида заданы окружающими, но они не превращаются в собственные действенные мотивы, вытекающие из потребностей осознанных олигофренов. Большинство умственно отсталых вообще малоспособны, осознавать и формулировать свои потребности, формирование потребностей им также недоступно. Возникновение по мере созревания личности иных мотивов к

деятельности, кроме затрагивающих их очень ограниченные интересы маловероятно. Даже возникающие побуждения слабы и быстро истощаются.

К числу наиболее частых и постоянных проявлений олигофрении относятся также признаки недоразвития в двигательной сфере. Недоразвитие психомоторики проявляется, прежде всего, в запаздывании и замедлении темпа развития локомоторных функций, в непродуктивности и недостаточной целесообразности последовательных движений, в двигательном беспокойстве и суетливости. Движения детей бедны, угловаты и недостаточно плавны. Недостаточность развития двигательной сферы особенно проявляется в тонких и точных движениях, жестикуляции и мимике.

1.10. Экспертиза умственной отсталости

Существует четыре основных вида экспертиз, применяемых в отношении больных умственной отсталостью. Это:

- 1 – медико-педагогическая экспертиза
- 2 – военно-врачебная экспертиза
- 3 – медико-социальная экспертиза
- 4 – судебно-психиатрическая экспертиза

Медико-педагогическая экспертиза (МПЭ) проводится медико-педагогическими комиссиями (МПК) при муниципальных органах управления образованием в отношении детей школьного возраста. В состав МПК обязательно входят педагог с опытом работы не менее 11 лет, психолог, врач-психиатр, при необходимости могут включаться (на временной основе) специалисты других профессий. В задачи МПК входит решение вопроса о способе дальнейшего образования ребенка: либо это будет обучение в обычной (массовой) школе – дебильность, либо во вспомогательной (школа коррекции) – дебильность, имбецильность, либо должен находиться на индивидуальном (домашнем) обучении, либо такой ребенок в принципе не обучаем (имбецильность, идиотия).

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) проводится практически всем больным с умственной отсталостью, так как большинство из них являются нетрудоспособными или ограниченно трудоспособными. В зависимости от глубины умственной отсталости им может быть установлена третья, вторая или даже первая группа инвалидности. Первую группу инвалидности обычно получают лица с глубокой умственной отсталостью степени идиотии или имбецильности, третью с неглубокой степенью дебильности. Как правило, больные с олигофренией являются инвалидами с детства, но в некоторых случаях легкой дебильности с хорошей социальной адаптацией могут вовсе не нуждаться в инвалидности и быть трудоспособными.

Военно-врачебная экспертиза (ВВЭ) проводится больным с умственной отсталостью, достигшим призывного возраста, с целью установления степени годности их к воинской службе. В большинстве случаев больные олигофренией

являются абсолютно непригодными к армейской службе, за исключением вариантов особо мягкого течения олигофрении со стойкой социальной адаптацией.

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) может проводиться лицам, страдающим умственной отсталостью, как в уголовном, так и в гражданском процессе. При проведении СПЭ по решению уголовного суда в ее задачи входит установление степени вменяемости больных умственной отсталостью, представленных на этом процессе в качестве обвиняемых, свидетелей или потерпевших. Олигофрены с неглубокой степенью умственной отсталости и развитыми социальными навыками могут быть признаны вменяемыми, т.е. способными осознанно руководить своими действиями, а также понимать и предвидеть их последствия.

В гражданском процессе СПЭ наиболее часто занимается решением вопросов дееспособности таких больных. Это необходимо для принятия решения о назначении таким больным опеки и попечительства. Под дееспособностью понимается способность гражданина своими действиями приобретать и создавать для себя гражданские обязанности (статья 11 ГК РФ). Критерии недееспособности, которыми руководствуется суд и применительно к которым дают заключение эксперты, сформулированы в статье 29 п.1 ГК РФ: «Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном ГПК (стр. 258-262). Над ним должна устанавливаться опека. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав, но вступать в свои права они могут только через своих опекунов, назначаемых опекунскими советами».

Законными представителями недееспособных являются опекуны (ст.145-150 СК; 31, 32, 34, 182 и другие статьи ГК РФ).

В соответствии со статьей 16 закона РФ «О психиатрической помощи населению и гарантиях прав граждан при ее оказании» защита личных и имущественных прав и интересов лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, в значительной степени является сферой деятельности учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. В соответствии со ст. 34 ГК РФ органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления, а осуществление функций опеки в отношении недееспособных возлагается ими обычно на отделы здравоохранения.

1.11. Методы диагностики умственной отсталости

Правильная клиническая диагностика умственной отсталости важна и для врачей общего профиля, потому что олигофрены, заболевая общесоматическими заболеваниями или получая травмы, попадают в стационары

непсихиатрического профиля. Специфической психиатрической помощи при этом они, как правило, не требуют, но могут нуждаться в особом уходе и требуют к себе несколько специфического подхода (индивидуального контроля над выполнением врачебных назначений, дополнительных комментариев к лечению, госпитализации вместе с родителями и т.п.).

Анамнез – основа правильного диагноза отставания психического развития. Для того чтобы не пропустить важных обстоятельств в истории развития ребенка, можно использовать специальные анкеты или опросники. Крайне полезно, помимо родителей, расспросить о развитии ребенка других родственников и педагогов так как они, как правило, бывают более объективными и не боящимися осуждения за свои якобы неправильные действия в отношении ребенка.



Необходимыми условиями раннего распознавания умственной отсталости являются детальные знания о семейном анамнезе, течении беременности и родов, первых проявлениях отклонений в развитии в младенческом и раннем детском возрасте,

выявление наследственных заболеваний и т.п.

Тест Векслера проводится для определения коэффициента интеллекта – IQ (Intelligence quotient); при обследовании детей раннего возраста используются такие методики, как «Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни», «Определение уровня психического развития детей раннего возраста», а также методика «Гном», которая заслуживает внимания, особенно при первичном обследовании ребенка.

В психиатрической практике количественная оценка интеллектуальной недостаточности является одним из необходимых методов обследования при диагностике умственной отсталости, но одновременно должны учитываться показатели развития речи (словарный запас) и других психических функций — памяти, внимания и т.д., способность к обучению, особенности поведения и др.

Таким образом, определение IQ в диагностике умственной отсталости, играя, несомненно, большую роль, должно использоваться в комплексе с полным клиническим обследованием ребенка и применением дополнительных психологических методов исследования. Это помогает избежать серьезных диагностических ошибок, которые подчас допускаются при массовом применении психометрических тестов в отрыве от других методов обследования. Ориентировочная клиническая диагностика умственной отсталости производится без применения каких-либо специальных инструментов или сложных методик. Для такой диагностики необходимо: а) выяснить способность к осмыслению, б) способность к абстрактно-логическому

мышлению, в) оценить запас слов и знаний и его соответствие полученному образованию и жизненному опыту (возрасту), г) выявить наличие или отсутствие необходимых социальных, моторных и других навыков, обычно имеющихся у людей в таком же возрасте.

а) Способность к осмыслению выясняется в беседе с больным на различные темы (произвольно об учебе, любимых занятиях, новостях и т.п.). При этом оценивается способность пациента правильно понимать задаваемые ему вопросы, формулировать ответы, кругозор пациента, попутно – его словарный запас и уровень общих знаний.

б) Способность больного к абстрактно-логическому мышлению можно проверить, спрашивая его, как он понимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, пословицу «Не в свои сани не садись» человек с нормальным уровнем умственного развития, обладающий абстрактно-логическим мышлением правильно поймет переносный смысл пословицы, а олигофрен, обладающий лишь конкретно-предметным мышлением, поймет её буквально – «нельзя садиться в чужие сани потому, что так делать нехорошо». Поговорку – «светлая голова» умственно отсталый поймет как – «Голова со светлыми волосами» и т.д. Спросите больного, как он понимает следующие пословицы: «Цыплят по осени считают»; «Один стежок, сделанный во время, стоит девяти»; «Чтобы узнать, каков пудинг, надо его попробовать»; «Кому на месте не сидится, тот добра не наживёт».

Важным моментом диагностики является проба на классификацию предметов. Испытуемый должен объединить картинки с изображениями животных, растений, инструментов, предметов обихода и т.п. или любых других классифицируемых предметов по принципу «подходящее к подходящему». В процессе данного метода можно увидеть, насколько глубоки или поверхностны обоснования испытуемого, насколько он способен классифицировать и обобщать понятия (приложение 1).

в) Представление о запасе знаний и словарном запасе больного, складывающееся в процессе клинического обследования, позволяет дать примерную оценку его интеллекта. Больного, например, можно спросить о любимом предмете, выяснить у обследуемого характер его работы, увлечения, отношение к чтению, любимые телепередачи или осведомлённость о текущих событиях. Начните с простых вопросов и постепенно усложняйте их. Обратите внимание на то, как легко он воспринимает информацию, насколько сложны его мысли, насколько богат его словарный запас.

Ваши вопросы могут носить более непосредственный характер: «Как зовут нынешнего президента или премьер-министра страны?»; «Как звали предыдущих президентов?»; «Каковы пять наиболее крупных городов страны?»; «Чем отличается Африка от Антарктики?» и тому подобное.

Если рассматривать запас знаний и словарный запас с учётом уровня образования больного, то эти показатели являются довольно эффективными критериями его интеллекта. Они сравнительно мало изменяются при большинстве психических заболеваний и могут помочь отличить умственно отсталых субъектов (с ограниченным запасом знаний и словарным запасом) от больных, страдающих нерезко выраженной деменцией, у которых эти показатели сравнительно высоки. При деменции, как правило, выявляются элементы имевшихся знаний, большее разнообразие эмоциональных проявлений, относительно богатая лексика, сохранившаяся склонность к абстрактным построениям.

Способность считать. Проверьте способность больного выполнять арифметические действия, начав с простых задач на сложение и умножение, например: «Чему равно $4+3$? ... $8+7$? ... 5×6 ? ... 9×7 ?». Задачу можно усложнить, предложив выполнить действия с двузначными числами (например, « $15+12$ » или « 26×6 ») или с более крупными числами, но письменно.

При необходимости в качестве альтернативных тестов на счёт можно предложить задачи с практическим содержанием, например: «Если какая-либо вещь стоит 78 копеек, а вы заплатили продавцу 1 рубль, сколько денег он вам должен вернуть?».

Также с целью проверки уровня интеллекта ребенка можно предложить ему составить рассказ (описать происходящее) по картинке. Расспросить его, что изображено на картинке, кто, что и зачем там делает. Спросите испытуемого «Кто в домике живет?», «Чем он занимается?», «Как его зовут?» и т.п. Таким образом, вы сможете проверить способность пациента к абстрактному мышлению, уровень его фантазии. На некоторых картинках могут быть умышленно изображены неточности или даже нелепости и испытуемый должен их выявить либо самостоятельно, либо с косвенной подсказки – «Что неправильно нарисовано?» (Приложение 2).

Снижение уровня обобщений у умственно отсталых, как говорилось выше, проявляется преобладанием в суждениях непосредственных представлений о предметах и явлениях, установлением сугубо конкретных связей между предметами. Умственно отсталые индивиды мыслят конкретно, оставаясь во власти единичных наглядных образов, не умея понять скрытое за ними общее, существенное. Они скорее вспоминают, чем размышляют. Например, при классификации предметов они объединяют в группы разнородные предметы (тетрадь, стол, поскольку оба нужны для письма). Предметы ими группируются на основании второстепенных признаков. При сравнении предметов олигофренам легче установить различия, чем найти сходства. В школьном обучении слабость обобщений проявляется в плохом усваивании правил и общих понятий. Заучивая правила наизусть, они не понимают их смысла и, следовательно, не могут их применять на практике.

Иногда существенную помощь в диагностике оказывает выявление так называемых «стигм» – соматических проявлений свойственных олигофрении. Дело в том, что, поскольку олигофрения в большом числе случаев является следствием воздействия повреждающих факторов на плод в пренатальный и перинатальный периоды, то дефекту развития ЦНС сопутствуют дефекты других органов и систем.

Наиболее часто олигофрении сопутствуют следующие стигмы: макро- или микроцефалия, «башенный череп», «заячья губа», «волчья пасть», «готическое небо», «монголоидное веко», далеко отставленный большой палец на кистях, сглаженность ладонного рисунка, высоко расположенные оттопыренные уши с неразвитой структурой ушной раковины, редкие волосы «ёжиком» с заниженной линией роста, обилие кариозных зубов, пороки сердца и некоторые другие врожденные уродства. У больных олигофренией нередко отмечаются дефекты в иммунной системе, значительные биохимические сдвиги в основных обменных процессах.

В современной медицине широко используется пренатальная диагностика, которая проводится с целью раннего выявления грубой патологии головного мозга у плода и профилактики рождения детей с патологией интеллекта.

К методам пренатальной диагностики относятся: амниоцентез, ультразвуковое исследование, амниоскопия (фетоскопия), анализ крови плода. Пренатальную диагностику следует сочетать с другими лабораторными и клиническими исследованиями.

Основными показаниями к пренатальной диагностике умственной отсталости являются:

Возраст матери 35-40 лет (риск болезни Дауна у плода 1 на 100-450).

Возраст матери 40 лет и старше (риск болезни Дауна у плода 1:80).

Один ребенок в семье со спинно-мозговой грыжей (риск болезни Дауна у плода 1:20-25).

Родитель – носитель сбалансированной хромосомной транслокации (риск болезни Дауна у плода 1:4-10).

Трудно диагностируемое аутомное или X-сцепленное рецессивное заболевание: Леш—Найана, Хантера и др. (риск болезни у плода 1:4).

Тяжелые X-сцепленные рецессивные заболевания, не диагностируемые при установленном носительстве у матери (риск болезни Дауна у плода 1:2)

Мозаицизм у одного из родителей по хромосомной аномалии.

Воздействие факторов ионизирующей радиации, или цитотоксической терапии во время беременности или на мужские гаметы.

Средняя продолжительность жизни пациентов с легкой умственной отсталостью составляет около 45-50 лет, лица с глубокой умственной отсталостью редко доживают до 20.

Многие синдромы умственной отсталости внешне напоминают проявления других психических расстройств, в основе которых лежат не интеллектуальные, а другие нарушения психики: речевые, двигательные, поведенческие и т.д. Невыраженность симптомов и атипичность симптомокомплексов психических расстройств в детском возрасте делают подчас сложным даже отграничение дефицитарной симптоматики от продуктивной.

В первую очередь умственную отсталость следует отделять от: 1) шизофрении, болезни Геллера, органических психозов, 2) синдрома раннего детского аутизма, 3) ДЦП, хореи Гентингтона, синдрома Жиля де ля Турета, синдрома Корсакова, 4) эпилептического слабоумия, 5) парциального психического недоразвития, связанного с задержкой речевого развития, моторики и т.п., 6) психического инфантилизма, 7) невропатий и психопатий, 8) астенического синдрома, 9) психогенных и депривационных состояний.

Между олигофренией и шизофренией существует принципиальное различие. Олигофрения – это дефект интеллекта, возникший в результате помех, вставших на пути нормального его созревания, шизофрения – либо текущий, либо уже отзвучавший болезненный процесс. Иными словами, шизофрения отличается динамично появляющейся, развивающейся, а потом редуцирующейся продуктивной симптоматикой. В детском возрасте разграничение умственной отсталости и шизофрении нередко представляет значительные трудности. Во-первых, это связано с тем, что у детей психотическая симптоматика лишена яркости, стерта, рудиментарна, а при медленном развитии заболевания и вовсе не выражена. Во-вторых, чем младше ребенок, тем больше в процессе развертывания психоза наслаивается интеллектуальных изменений, которые затушевывают специфические симптомы. В-третьих, не всегда выявляется предшествующий психозу период психического здоровья.

Наибольшую сложность, как правило, представляет дифференциальная диагностика умственной отсталости и тяжелых случаев социально-педагогической запущенности. О социально-педагогической запущенности говорят, когда у ребенка с нормальными от рождения предпосылками интеллекта в силу недостаточного внимания, уделяемого его интеллектуальному и социальному развитию со стороны родителей и педагогов (родители психически или наркологически больные, члены религиозных сект и т.п.) отмечается заметное отставание в успеваемости, развитии познавательных функций, способности к усвоению нового и т.п.

Такие дети, в отличие от олигофренов, хотя и обладают запасом знаний и слов, явно недостаточных для своего возраста, а также примитивностью суждений, но у них не окончательно утрачена способность к абстрактному мышлению и способность к обучению. При квалифицированной работе педагогов с тече-

нием времени у таких пациентов может быть достигнута полная коррекция и социальная адаптация.

Существуют методики, оценивающие навыки адаптации, используемые при разных обстоятельствах (навыки самообслуживания, общения). Наибольшее распространение получила методика «Vineland Adaptive Behavior Scales» (Шкала Адаптивного Поведения Вайленд). Большая часть методик по оценке навыков – интервью с родителями и воспитателями, меньшая дается непосредственно тем, кого оценивают. Идея, лежащая в основе всех методик, заключается в том, что адаптивное поведение – типичная, повседневная деятельность, а не способность. Если индивиды с умственной отсталостью могут заниматься определенной деятельностью, но не делают этого, у них обязательно ухудшается адаптивное функционирование.

Адаптивные навыки включают учет как сильных, так и слабых сторон личности в процессе адаптации. К ним относятся:

Коммуникация – понимание и выражение информации посредством символического поведения.

Самообслуживание – туалет, умение правильно есть, одеваться, опрятность.

Возможность жить в домашних условиях – вести хозяйство бережно относиться к собственности, умение готовить, планировать и вести бюджет, соблюдать правила безопасности в доме.

Социальные навыки – навыки взаимодействия с окружающими, предполагающие умение вступать в беседу, адекватно реагировать на замечания, чувствовать настроение собеседника.

Умение жить в микросреде – умение передвигаться, делать покупки, пользоваться услугами различных служб, общественным транспортом и местами общего пользования.

Самонаправленность личности – уметь делать выбор, учиться планировать свои действия, следовать плану, инициировать виды деятельности, адекватные месту, условиям, искать и находить помощь.

Проведение досуга – умение разнообразить досуг, отражающий личные предпочтения.

Функциональная успеваемость – интеллектуальные способности и навыки, связанные с обучением, имеющие отношение к жизни: письмо, чтение, основные математические понятия, естественноведческие знания.

Работа – навыки, связанные с возможностью работать полный или неполный день.

Здоровье и безопасность – включает умения, связанные с охраной здоровья: правильно питаться, грамотно принимать лекарства и т.п.

Адаптивные способности индивида оцениваются по вышеперечисленным критериям.

Шкала уровней адаптации умственно отсталых

уровень	дошкольный возраст (0-5 лет)	школьный возраст (6-21 лет)	взрослое состояние 21>лет
1	Грубое отставание; минимальная способность функционирования сенсорной сферы. Нуждается в уходе	Имеется определенное моторное развитие; невозможность овладения навыками самообслуживания. Нуждается в уходе	Определенное моторное и речевое развитие; полная невозможность самостоятельного функционирования. Требуется полная опека и наблюдение
2	Слабое моторное развитие; минимальное развитие речи, неспособность овладения навыками, самообслуживания; навыки коммуникации незначительны или отсутствуют	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Способность к овладению элементарными навыками самообслуживания. Неспособность к овладению учебными навыками	Частичная возможность самообслуживания при полном наблюдении. Возможность формирования навыка самозащиты в полностью контролируемом окружении
3	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Слабая социальная осведомленность. Способность к овладению навыками самообслуживания. Достаточное моторное развитие. Значительно нуждается в помощи	Способность к овладению школьными навыками в объеме 4-х классов. В позднем отрочестве при условии специального обучения	Способность к овладению специальностью, не требующей высокой квалификации. Требуется наблюдение и руководство в условиях незначительных стрессовых ситуаций социально-экономического плана
4	Возможность развития социальных, коммуникативных навыков. Минимальное отклонение в сенсо-	Способность к овладению учебными навыками в объеме начальной школы. Невозможность овладения	Способность социально-профессиональной адаптации при соответствующем обучении. Время от

	моторной сфере. Невозможность отграничения от нормы на ранних этапах развития	ния учебными пред- метами старших классов. Требуется специальное обуче- ние, особенно в средней школе	времени нуждается в руководстве и наблю- дении в условиях серьезных стрессовых ситуаций
--	---	--	---

Рассмотрим несколько клинических случаев, описанных Т.А. Власовой и М.С. Певзнер:

Лена Л., 11 лет, ученица III класса средней образовательной школы была направлена на медико-педагогическую консультацию с жалобами на большие затруднения в обучении. Со слов матери, беременность у нее этой девочкой протекала при плохом самочувствии, с наличием токсикоза и резко повышенного кровяного давления. Роды затяжные, с выдавливанием плода. Раннее развитие ребенка шло с задержкой ходьбы и речи. В дошкольном возрасте родные отметили, что девочка заметно отстает в развитии по сравнению с другими детьми. Она не проявляла никакой любознательности, не задавала вопросов, не запоминала стихов, не интересовалась книгами, в игре была малоинициативна и зачастую не понимала игровой ситуации. Отставание в развитии особенно резко проявилось, когда девочка в возрасте 7 лет пошла в школу. С первых же дней обучения выяснилось, что Лена не может усвоить самые элементарные школьные навыки: не могла запомнить ни одной буквы, не могла овладеть порядковым счетом в пределах 5. При этом в поведении девочки никаких отклонений не наблюдалось. В связи с ее полной неуспеваемостью матери предложили временно взять Лену из школы. Через год она снова поступила в I класс, но и на этот раз у нее выявились затруднения при обучении. И хотя в течение этого года девочка дополнительно занималась с педагогом, а готовить уроки ей помогала мать, она была переведена во II класс без достаточных знаний и навыков. Во II классе девочка механически заучила некоторые приемы счета, таблицу умножения, но очень плохо справлялась с решением арифметических задач. В III классе Лена, даже при большой помощи, которая ей оказывалась, справиться со школьными требованиями не могла.

При медико-педагогическом обследовании у Лены выявилось резкое недоразвитие познавательной деятельности. При выполнении психолого-педагогических заданий, которые требовали установления смысловых связей между отдельными частями, обнаруживалось недоразвитие мышления. Так, Лене было предложено исключить из 4 картинок с изображениями предметов (пуговицы, крючка, пряжки, катушки) картинку с изображением того предмета,

который не может быть отнесен а одну группу с тремя другими, объединяемыми по существенному признаку.

Лена выделяет как неподходящую не катушку, а пряжку и объясняет, что пряжка должна быть пришита к поясу, которого здесь нет.

При предъявлении девочке следующего аналогичного задания из изображений таких предметов, как самолет, пароход, машина и парашют, она исключает не парашют, как это требуется, а машину, объясняя, что машина ездит по земле. Лена не смогла также разложить в нужной последовательности ряд картинок. Она подробно описывала содержание отдельных картин, но не могла установить смысловой связи между ними. Лена не могла понять и смысл прочитанного ей рассказа: «Животные заспорили, что вкуснее всего. Кот сказал - молоко, собачка - косточка, козел-сено, петух-зерно». Девочка должна была понять неразрешимость этого спора, но она ответила, что прав был кот, так как молоко вкуснее всего.

Будучи формально ученицей III класса общеобразовательной школы, Лена не могла осмыслить задачу, которая должна решаться в конце первого года обучения. Так, задачу «В одном кармане 10 копеек, а в другом на 3 больше. Сколько денег в обоих карманах?» Лена решает как простой арифметический пример: 13 коп. Ей объяснили эту задачу на наглядном материале. Но, решая вторую аналогичную задачу, она не смогла использовать оказанную ей помощь: девочка решала задачу первым способом.

Наряду с этим Лена научилась читать, писать под диктовку, выучила таблицу умножения, некоторые грамматические правила, но применять их при выполнении заданий не могла.

Так как у девочки нет речевых и моторных нарушений, сохранены зрение и слух, она дисциплинирована, старательна и исполнительна, а основные затруднения в обучении у нее связаны с недоразвитием мышления, правомерно диагностировать ее состояние как легкую умственную отсталость. Этот диагноз подкреплялся остаточными неврологическими симптомами, характерными для поражения центральной нервной системы при олигофрении. Данные электроэнцефалографического исследования также свидетельствуют о функциональной недостаточности мозга. Возникновение олигофрении у Лены могло быть обусловлено токсикозом во время беременности матери и при родовой травмой.

Алеша М., 10 лет, ученик 1 класса средней образовательной школы. Направлен на медико-педагогическую консультацию в связи с резкими затруднениями в обучении, отсутствием школьных интересов, с жалобами на рассеянность, невнимательность. Мать сообщила, что на протяжении всей беременности у нее был тяжелый токсикоз. Мальчик родился с паховой грыжей, по поводу которой его оперировали в 9-месячном возрасте под общим наркозом.

Раннее развитие протекало с большой задержкой. Ходить начал с 1 года 3 месяцев, но моторика развивалась плохо, был неуклюж, медлителен, с большим трудом был приучен к самообслуживанию, до 7 лет не мог зашнуровать ботинки, застегнуть пуговицы. Речь появилась в 2 года 6 месяцев, долго оставалась косноязычной, с бедным запасом слов. Мальчик рос двигательно беспокойным, отвлекаемым, рассеянным. В дошкольном возрасте не умел слушать сказки, не запоминал стихов, плохо играл с детьми. В школу был направлен 8 лет. С первых же дней пребывания в школе был труден в поведении: ходил по классу, разговаривал, не включался в занятия. В 1 классе Алеша учился 3 года. За это время он выучил буквы, перешел к слоговому чтению, но не овладел письмом, усвоил порядковый счет в пределах 100, но действия сложения и вычитания в пределах 6 производил только с помощью конкретного материала. В процессе работы быстро утомлялся и отказывался от выполнения задания.

При медико-психологическом исследовании подтвердилось наличие у мальчика резко сниженной работоспособности. Он не умеет сосредоточиться на задании, не удерживает в уме отдельные его элементы; в поведении расторможен, отвлекаем, импульсивен, недисциплинирован.

Кроме указанных трудностей в поведении, у мальчика выявилось значительное недоразвитие познавательной деятельности. Из предложенных ему заданий на исключение четвертой лишней картинке он не выполнил ни одного. Легкую серию последовательных картинок сложить не мог. Смысл прочитанных рассказов «О споре животных», «Саша заболел» был ему совершенно недоступен, он заявлял, что все забыл, не помнит и т. д. Смысл простейших задач для учащихся 1 класса не понимал. У Алеши выявились грубые нарушения пространственных представлений. Он не может сложить по образцу элементарные геометрические фигуры (треугольник, квадрат), картинку из разных частей, путает стороны тела, не знает, где у него правая и левая рука, правый глаз, ухо и т. д. У мальчика есть некоторое снижение остроты зрения, но с помощью очков оно скорригировано: на правом глазу равняется 0,6, а на левом 0,7. Итак, у Алеши наряду с недоразвитием мышления отмечается нарушение поведения, снижение работоспособности и грубое нарушение пространственных представлений. Все это дает полное основание отнести данный случай к осложненной форме олигофрении. Сложная структура дефекта обусловила почти полную непродуктивность обучения. Задерживать такого ребенка в течение трех лет в 1 классе массовой школы было бесполезно, тогда как в специальных условиях обучения он мог бы больше продвинуться в своем развитии. Изредка бывает, что при легкой форме умственной отсталости дети, получающие систематическую дополнительную помощь, переводятся из класса

в класс без соответствующих знаний и навыков и их полную несостоятельность довольно долго не обнаруживают. Приведем пример.

Лариса Б., 14 лет, ученица СОШ, была направлена на медико-педагогическую консультацию с жалобами на резкие затруднения в обучении, особенно по арифметике.

Лариса родилась в срок; беременность у матери протекала нормально, но задержка в развитии отмечалась с самого раннего детства. Головку Лариса начала держать в 7 мес. В месячном возрасте девочка перенесла воспаление легких, в год болела корью в тяжелой форме, теряла сознание. Со слов бабушки, педагога массовой школы, девочка отставала в психическом развитии. Отдельные слова у нее появились к году, а отдельные фразы к полутора годам. Она не проявляла интереса к игрушкам, картинкам, сказкам. В старшем дошкольном возрасте, несмотря на то, что бабушка систематически занималась с девочкой, у нее не удалось выработать даже элементарных представлений о числе.

Лариса пошла в школу в 7 лет. В школе обнаружилось значительные затруднения в обучении. У девочки наблюдалась зеркальность в письме, она с трудом переходила к абстрактному счету, не понимала смысла сказок и рассказов. Читала Лариса очень медленно и не понимала смысла прочитанного. Казалось бы, что уже на первых порах пребывания Ларисы в школе можно было видеть, что в условиях массовой школы ей учиться будет трудно. Но поскольку бабушка ежедневно с ней занималась дополнительно, а девочка была дисциплинированной, старательной, исполнительской, могла часами механически заучивать отдельные разделы программы, ее переводили ежегодно из класса в класс без достаточных знаний и навыков. В VI классе ее несостоятельность проявилась столь отчетливо, что никакие дополнительные занятия помочь уже не могли и встал вопрос об отчислении из школы.

В процессе медико-педагогического исследования Лариса выявила себя спокойной, выдержанной, скромной, охотно выполняла все предложенные ей задания. Вместе с тем у нее обнаружилось снижение памяти, слабое развитие речи и недоразвитие абстрактных форм мышления. Ей дали картинки с изображением таких предметов, как часы, градусник, очки, весы, и предложили правильно выделить неподходящую картинку и объяснить свое решение. Лариса правильно выделяла из этой группы очки, но объяснила так: «Очки можно надеть, а остальные надеть нельзя». Даже по наводящим вопросам она не смогла объединить остальные картинки как измерительные приборы. В опыте на классификацию картинок с изображением предметов девочка наряду с правильным объединением картинок по категориальному признаку выявляет сугубо конкретные, ситуационные формы мышления. Так, она относит в одну группу такие предметы, как палатка, мяч, горн, барабан, мальчик, называя их

одним словом «поход». Ей оказался недоступен смысл такого легкого рассказа, как «Саша заболел». На вопрос: «Почему Саша проснулся невеселым?» - она отвечает: «Ему испортили настроение, а мама ушла на работу». Пословицы Лариса понимает буквально. Она так объясняет пословицу «Не плюй в колодец, пригодится воды напиться»: «Человек хочет сделать зло, а потом сам будет пить воду». Даже при оказании ей помощи она не смогла понять переносного смысла пословицы «Не в свои сани не садись». Было установлено, что сведения Ларисы по биологии, истории, литературному чтению механически заучены. Но особенно резко ее затруднения выявились при предъявлении ей арифметических задач. Решить примеры с превращением суток в часы, копеек в рубли; тонны в килограммы Лариса не может. Лариса не смогла овладеть программой массовой школы, несмотря на то, что воспитывалась в благоприятных условиях, получала систематическую помощь, была спокойна, трудолюбива, дисциплинирована, не имела нарушений речи, слуха, зрения и моторики. Главным препятствием в ее обучении было недоразвитие мышления, что и дает основание расценить состояние девочки как олигофрению в степени дебильности. И в данном случае был необходим своевременный перевод девочки во вспомогательную школу, где она получила бы более систематизированные и прочные знания в объеме программы этой школы и имела бы уже некоторую профессиональную подготовку.

1.12. Лечение и профилактика умственной отсталости

Специфическая терапия проводится при некоторых видах олигофрении с установленной этиологией (врожденный сифилис, токсоплазмоз и т.д.); при олигофрении, связанной с нарушениями метаболизма (фенилкетонурия и т.д.), назначают диетотерапию; при эндокринопатиях (кретинизм, микседема) — гормональное лечение. Для стимуляции психической деятельности используют пирацетам, аминалон (гаммалон), а также другие психоактивирующие средства, витамины группы В. Лекарственные средства назначают также для коррекции аффективной лабильности и подавления извращенных влечений (неулептил, феназепам, сонапакс). Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках. Но лечение, как правило, начинают с доз более высоких, позволяющих достичь выраженного седативного эффекта, в последующем постепенно уменьшают дозировку. Избыточная седация негативно сказывается на адаптивности умственно отсталых и приобретении ими социально значимых навыков.

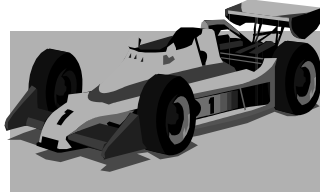
Большое значение для компенсации олигофренического дефекта имеют лечебно-воспитательные мероприятия, трудовое обучение и профессиональное приспособление.

В реабилитации и социальной адаптации олигофренов, наряду с органами здравоохранения, играют роль вспомогательные школы, школы-интернаты, специализированные ПТУ, мастерские для умственно отсталых и др.

Профилактика некоторых наследственных форм олигофрении начинается во время беременности: обследование беременных для выявления сифилиса, токсоплазмоза, резус-отрицательного фактора в крови; предупреждение заболевания беременных краснухой и другими вирусными инфекциями; квалифицированная помощь во время родов, а также предотвращение травм и тяжелых инфекций у новорожденных и маленьких детей.

Примерный набор картинок для проведения классификации:





Примеры «ситуационных» рисунков



Список литературы:

1. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. - М.: Просвещение, 1973
2. Жарницкая Д.З. О специфическом олигофреническом психозе с затяжным течением. Л., Медицина, 1976.С.84-89.
3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. «Речь». С-Петербург. 2003,391с.
4. Коцюбинский А.П. – Психозы и реактивные состояния у детей с астенической формой олигофрении. Труды ленинградского мед. института. Л. 1971.С.86-93.
5. Лубовский В.И. — Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., Медицина,1989.251с.
6. Лычагина Л.И. – Динамика интеллектуальной деятельности детей с ЗПР и умственной отсталостью степени дебильности. Л., Медицина, 1987.192с.
7. Маллер А.Р. Социально-трудовая адаптация глубоко умственно отсталых детей. М.,Педагогика, 1990.186с.
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия. «Речь». С-Петербург, 2003. 402с.
9. Руководство по психиатрии/Под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С. 612-679.
10. Шипицина Л.М., Иванов Е.С., Данилова Л.А. – Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. СПб, Образование, 1995, 254с.

Раздел 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Для психологического изучения детей с нарушениями развития используют следующие методы исследования.

2.1. Метод наблюдения психолога за деятельностью ребенка

Изучение естественного поведения является одним из достоинств метода наблюдения. Активное или пассивное наблюдение за ребенком организуется на занятиях, в игре, в свободной деятельности, в группе детского сада или в классе, в совместной деятельности с родителями, то есть в естественной для ребенка ситуации.

С помощью метода наблюдения можно оценить такие составляющие деятельности ребенка, как наличие навязчивых или стереотипных действий, проявление тревожности, наличие выраженных аффективных и эмоциональных реакций. Наблюдения позволяют выяснить, насколько развиты у ребенка навыки самообслуживания, насколько он опрятен в одежде, как относится к поручениям, какой фон настроения у него преобладает, каковы особенности двигательного развития. Такая информация становится основанием для последующего углубленного изучения ребенка. Метод наблюдения может дать интересную дополнительную информацию не только для психологов, но и для клиницистов.

По результатам наблюдения психолог, выявив у ребенка признаки нарушенного развития, делает предположения о качественной стороне и уровне имеющихся у ребенка проблем, что позволяет ему оптимально подобрать диагностический инструментарий и правильно организовать дальнейшее психологическое изучение ребенка.

Наблюдение является надежным методом, не требует специального оборудования, исключает дополнительную психоэмоциональную нагрузку на ребенка. Вместе с тем использование этого метода предполагает наличие у психолога высокого уровня профессиональной подготовки и хорошего знания психолого-педагогических особенностей детей с различными нарушениями развития. Для опытного специалиста метод наблюдения является очень важным в процессе диагностики, но начинающий психодиагност должен проверять полученную при наблюдении информацию в ходе экспериментально-психологического изучения ребенка.

Наблюдение всегда начинается с постановки цели. Цель помогает определить основные параметры наблюдения. В рамках психологического исследования целью наблюдения является изучение ребенка как носителя тех

или иных психолого-педагогических особенностей и сопоставление результатов наблюдения с известными признаками имеющихся у детей нарушений развития.

Процедура наблюдения может быть различной в зависимости от ряда объективных и субъективных факторов: контингента наблюдаемых, характера изучаемых явлений и т.д. Психолог может войти в состав наблюдаемой группы детей, например, играть с ними (активное наблюдение), а может оставаться в позиции постороннего человека, наблюдающего со стороны (пассивное наблюдение).

Существенным недостатком метода наблюдения является его длительность; субъективность, которая проявляется в зависимости результатов наблюдения от профессионализма специалиста; невозможность статистической обработки результатов. Данные недостатки можно существенно нейтрализовать при сохранении достоинств метода, если сделать наблюдение формализованным, включив его в стандартизированную методику изучения психофизического развития ребенка. В этом случае вводится ограничение по выбору наблюдаемых показателей. В результате все обследуемые наблюдаются по заранее определенному набору признаков, степень выраженности которых оценивается определенным количественным показателем. В этом случае появляется возможность более четкого и полного сопоставления результатов различных наблюдений. Исключается субъективность, может быть достигнуто единство качественного и количественного анализа полученных фактов.

2.2. Экспериментальное исследование (обучающий эксперимент)

Специфической особенностью психологического изучения детей является использование обучающего эксперимента.

Как известно, с помощью констатирующих методов исследования нельзя получить долгосрочный прогноз развития ребенка. Выдвинутое Л.С. Выготским положение, что обучение ведет за собой развитие, привело к созданию различных вариантов обучающих экспериментов, позволяющих более объективно прогнозировать развитие ребенка. В одних вариантах элементы обучения включены в сам процесс психологического эксперимента, в других — имеет место сочетание констатирующего эксперимента (чаще тестового) с обучением, направленным на получение новых знаний и умений, преимущественно в специальных областях, что позволяет профессионально ориентировать ребенка. При такой схеме исследования (тест–обучение–тест) эффект обучения получает определенное количественное выражение. Понятно, что чем более развернутым является сам процесс обучения, тем больше информации получает психолог о трудностях и возможностях обследуемого

ребенка, тем более содержательными являются его коррекционные рекомендации и прогностическая оценка.

Однако наибольшей информативностью обладают, как правило, наиболее трудоемкие обучающие эксперименты. Поэтому проведение таких исследований возможно лишь в специальных диагностических группах.

Специально для исследования потенциальных возможностей детей 7-10 лет А.Я. Иванова предложила методику обучающего эксперимента. Выполнение заданий этой методики вызывает трудности и у нормально развивающихся детей. В то же время экспериментальное обучение выполнению задания не требует наличия школьных знаний. Это дает возможность использовать методику в тех случаях, когда ребенок не справляется с программой или еще не обучался.

В рамках обучающего эксперимента ребенку предлагается выполнить задания. При затруднении ему оказывается обучающая помощь, а затем предъявляется аналогичное задание.

Возможно несколько вариантов выполнения ребенком аналогичного задания:

- перенос полный в вербальной форме — ребенок называет все три признака;
- перенос частичный в вербальной форме — выделяет и называет не менее двух признаков;
- перенос полный в действиях — ребенок осуществляет три правильные группировки, но не называет их (это часто отмечается у детей с речевыми нарушениями);
- перенос частичный в действиях — ребенок осуществляет не менее двух правильных группировок;
- перенос отсутствует — ребенок выделяет один или не выделяет ни одного из признаков фигур второго набора.

Оценка результатов проводится по трем критериям:

I. Ориентировочная деятельность, которая у здоровых детей носит активный характер и нарушается при сниженной умственной работоспособности и психическом недоразвитии.

II. Способность к восприятию помощи. Оценка производится по количеству полученных ребенком уроков-подсказок. Здоровым детям их требуется от 1 до 5, умственно отсталым — до 20.

III. Способность давать словесные формулировки того признака, на основании которого ребенок выполнял задания.

При проведении психологического обследования ребенка обучающий эксперимент можно организовать и на базе других методик: «Предметная классификация», «Исключение 4-го лишнего», «Кубики Кооса». Это особенно

важно, если психолог ограничен во времени, например на психолого-медико-педагогической комиссии. В этом случае хорошо использовать методику «Исключение 4-го лишнего». Обучение ребенка исключению лишнего и выполнение аналогичного задания занимает 2–3 минуты.

Основные экспериментально-психологические методики описаны С.Я. Рубинштейн в ее работе «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике».

2.3. Экспериментально-психологические методики

Среди них особую популярность получили такие методики, как «Кубики Кооса», «Исключение предметов», «Последовательность событий», «Опосредованное запоминание по Леонтьеву», «Пиктограмма» и др. Многие из этих методик имеют модификации для разных возрастных групп. Некоторые методики адаптированы для лиц с нарушениями зрения, слуха.

Следует учитывать, что с помощью каждой из экспериментальных методик может быть получен материал, дающий возможность судить о многих различных особенностях психики. Например, «Пиктограмма» позволяет делать выводы о памяти, абстрактном мышлении, личностных особенностях. Методик, направленных на изучение только одного процесса, мало. Это очень важно учитывать при подборе заданий для обследования ребенка.

Психолог обязан владеть всеми экспериментально-психологическими методиками, так как именно они являются основными приемами изучения нарушенной психической деятельности.

Дозированная помощь. Важным условием применения экспериментально-психологических методик является оказание дозированной помощи во время обследования.

Разнообразные виды такой помощи описаны в работах С.Я. Рубинштейн:

- простое переспрашивание, то есть просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или к сделанному;
- одобрение или стимуляция дальнейших действий, например «хорошо», «дальше»;
- вопросы о том, почему испытуемый совершил то или иное действие (такие вопросы помогают ему уточнить собственные мысли);
- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
- подсказка, совет действовать тем или иным способом;
- демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить какое-то действие;
- обучение тому, как надо выполнять задание.

При описании отдельных методик обычно приводятся указания на то, какие виды помощи в данном случае уместны. Выбор адекватных способов помощи остается одним из трудных разделов экспериментальной работы, требующих опыта и квалификации.

Общие правила, которыми при этом следует руководствоваться, заключаются следующем:

— сначала следует проверить, не окажутся ли эффективными более легкие виды помощи, и лишь затем перейти к демонстрации и обучению;

— экспериментатору не следует быть чрезмерно активным и многословным, его вмешательство в ход эксперимента должно быть тщательно обдумано;

— каждый акт помощи, так же как ответные действия ребенка, должен быть внесен в протокол.

2.4. Психолого-педагогическое изучение младших школьников

Следует иметь в виду, что в зависимости от поставленных диагностических задач психолого-педагогическое обследование может быть проведено либо только дефектологом, либо и дефектологом, и психологом. Современная вузовская подготовка специалистов-дефектологов дает необходимый для работы объем психологических знаний и умений. Однако в сложных дифференциально-диагностических случаях обязательным должно быть проведение психологического обследования специалистом-психологом.

Психолог выясняет причины рассеянности, забывания; искаженности в протекании мыслительных операций, в построении выводов, умозаключений и т.д. При характеристике личности им устанавливаются особенности протекания эмоционально-волевых процессов (наличие аффектных вспышек, депрессивных состояний, неадекватных реакций; степень внушаемости, наличие негативизма и др.). Обязательно выявляются интересы и потребности ребенка, адекватность его притязаний, самооценки, критичность по отношению к себе и другим; сформированность коммуникативных функций; нарушения в поведении и характере личности. При психологическом обследовании выявляется актуальный уровень развития, устанавливаются потенциальные возможности ребенка, а также причинная взаимозависимость процессов, обеспечивающих познавательную деятельность и влияющих на эмоционально-волевою сферу и личность.

Эти же сведения могут быть получены и в ходе педагогического обследования дефектологом при определении степени сформированности школьных навыков, развития школьно-значимых функций, при выявлении причин имеющихся трудностей в обучении.

Необходимо отметить также, что наряду со специфическими методами обследования, которые имеются в арсенале психолога и дефектолога, есть и общие методы психолого-педагогического обследования, которыми они пользуются: изучение документации; работ детей (рисунков, тетрадей и т.д.); беседа с ребенком и родителями; наблюдение за ребенком в процессе его деятельности; экспериментально-психологические методики. Безусловно, каждый из специалистов (психолог и дефектолог) используют эти методы с акцентом на те сведения, которые им надо получить. Подробнее с этими методами психолого-педагогического исследования можно познакомиться в специальной литературе.

Итак, в каких случаях возникает потребность в проведении психолого-педагогической диагностики детей школьного возраста?

Как правило, поводом является неуспеваемость ребенка или отклонения в поведении. Педагоги и родители ждут ответа на вопросы: каковы причины имеющихся трудностей и как помочь ребенку? Вот почему психолог и дефектолог должны не только поставить психолого-педагогический диагноз, но и разработать конкретные практические рекомендации по работе с ребенком.

Решая эти задачи, предстоит разграничить часто сходные по своим внешним проявлениям состояния. Так, неуспеваемость может быть результатом отставания в умственном развитии и результатом неподготовленности к школьному обучению. Она вызывается также нарушениями анализаторов, слабым соматическим здоровьем ребенка и, если при этом не соблюдается режим нагрузки в семье или завышаются требования педагогов, то это может привести не только к неуспеваемости, но и к срывам в поведении.

Остановимся кратко на некоторых неблагоприятных обстоятельствах.

Одна из наиболее распространенных причин неуспеваемости — неподготовленность детей к школьному обучению, несформированность психических процессов и навыков деятельности. Дети не приучены подчиняться требованиям, не умеют доводить дело до конца, быть внимательными в процессе выполнения задания. Они неусидчивы, нецеленаправленны в работе, у них не сформированы познавательные интересы. Неумение общаться с детьми и взрослыми приводит к переживаниям, а иногда к конфликтам. Появляется негативное отношение к школе. В тех случаях, когда эти факторы не учитываются, игнорируются индивидуальные особенности учащихся и т.д., неуспеваемость перерастает в педагогическую запущенность.

Часто причиной неуспеваемости являются неблагоприятные условия жизни ребенка в семье: отсутствие контроля и помощи в учебе со стороны родителей, несоблюдение режима дня, конфликтная ситуация в семье и пр. Особенно тяжелые последствия наблюдаются в тех случаях, когда социально-

педагогическое неблагополучие имеет место в ранние месяцы и годы жизни ребенка.

Если в раннем и дошкольном возрасте дети были лишены эмоционально положительного контакта с родителями, другими взрослыми и детьми, когда им длительное время приходилось находиться в дошкольных учреждениях интернатного типа, может возникнуть педагогическая запущенность, проявляющаяся в том, что эти дети имеют бедный запас общих сведений и представлений, ограниченный словарный запас, они не владеют элементарными логическими операциями. У этих детей запас знаний и способностей к приобретению новых знаний ниже, чем у их сверстников, поэтому уже в 1-м классе они оказываются в числе неуспевающих. Именно эти социально и педагогически запущенные дети ошибочно направляются на медико-педагогические комиссии, комплектующие специальные школы VIII вида. Следует помнить, что педагогически запущенные дети в эти школы не принимаются. Им должна быть оказана помощь в условиях массовой школы.

Неуспеваемость может быть связана также и с астеническим состоянием ребенка, вызванным длительной болезнью, в результате чего ребенок быстро устает, ослабляется память, внимание, нарушается поведение. Но все это не носит стойкого характера и не имеет в основе органических нарушений.

Во всех этих случаях требуется создание благоприятных условий жизни, прежде всего охранительного педагогического режима, для того чтобы неуспеваемость была преодолена.

Наиболее сложными в диагностическом отношении являются дети с задержкой психического развития (ЗПР), которые также оказываются неуспевающими уже в первые годы обучения. В настоящее время эта категория детей глубоко и всесторонне изучена как с клинической, так и с психолого-педагогической стороны. Здесь мы не останавливаемся подробно на этиологии и основных признаках, а указываем лишь наиболее существенные для дифференциальной диагностики особенности психической деятельности детей с задержкой развития.

В зависимости от происхождения (церебральное, конституциональное, соматогенное, психогенное) и времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов задержка психического развития дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и в познавательной деятельности.

Задержка психического развития церебрального происхождения при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречается чаще других и представляет наибольшую сложность при отграничении ее от умственной отсталости. У этих детей страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для

запоминания. Необходим более длительный период для приема и переработки сенсорной информации. Внимание нестойкое.

Кроме этого, отмечается низкий навык самоконтроля, что особенно проявляется в процессе деятельности. К началу школьного обучения у этих детей, как правило, не сформированы основные мыслительные операции: анализ, синтез, сравнение, обобщение, они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность, не удерживают условие задачи. Но, в отличие от умственно отсталых, у них выше обучаемость, они лучше используют помощь и способны применять показанный способ действия при выполнении аналогичных заданий.

При обследовании умения читать, писать, считать они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые, но, тем не менее, у них имеются качественные различия. Так, при слабой технике чтения дети с задержкой психического развития пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению. У умственно отсталых нет желания понять, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным. А в письме отмечается неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность и т.п., что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Для детей с ЗПР труден звуковой анализ. У умственно отсталых все эти недостатки выражены грубее.

В математике имеют место трудности в овладении составом числа, счетом с переходом через десяток, в решении задач с косвенными вопросами и т.д. Но помощь более эффективна, чем у умственно отсталых. Учитывая это, необходимо при дифференцированной диагностике строить обследование детей в форме обучающего эксперимента.

Таковы некоторые особенности детей с задержкой психического развития, которых нередко направляют на медико-педагогические комиссии.

Кажущееся сходство с умственной отсталостью может быть и при нарушении деятельности анализаторов. Эти нарушения создают определенные трудности в познавательной деятельности детей, а в условиях школы порождают неуспеваемость. Поэтому отграничение этих нарушений от умственной отсталости является актуальной задачей.

Даже незначительные нарушения функций анализаторов могут привести к неполному, а иногда искаженному отражению внешнего мира, к обеднению круга представлений, неадекватному поведению, если не будут использованы компенсаторные возможности центральной нервной системы и специальные технические средства (слуховые аппараты, очки и пр.). Так, снижение слуха может вызвать определенные трудности при обучении ребенка в школе, особенно при овладении грамотой. Дети со сниженным зрением не видят строки, путают сходные по начертанию изображения и т.д. Неадекватные

состоянию требования быстро утомляют ребенка, делают безуспешным обучение в обычных школьных условиях, ухудшая его общее состояние.

Дети с дефектами зрения и слуха оказываются беспомощными в простых ситуациях, производят впечатление умственно отсталых. Но если предложить слабослышащему задание логического характера, не требующее от него совершенного слуха (классификация, раскладывание картинок с учетом причинно-следственных связей и т.п.), а слабовидящему — соответствующие устные задания, то они их выполняют.

При отграничении состояний, вызванных нарушением анализаторов, от умственной отсталости необходимо выяснить, что первично доминирует в отставании: умственная отсталость является ведущим и первичным дефектом, а снижение слуха, зрения лишь сопутствует ей, или же отставание наступило в результате нарушения функций анализаторов. Важно учитывать время поражения анализатора. Чем раньше возник болезненный процесс, тем тяжелее последствия. В зависимости от диагноза будет решаться вопрос, в какой специальной школе нуждается ребенок.

Кроме того, очень важно отделить нормальных детей с расстройством речи от умственно отсталых, для которых речевые нарушения являются одним из характерных признаков.

Известны разные виды речевых нарушений, имеющих различную степень выраженности в зависимости от силы и времени поражения. Это дети с нормальным интеллектом, но затрудняющиеся в овладении чтением, письмом, у некоторых из них отмечается общее недоразвитие речи. При сохранном слуховом анализаторе у этих детей страдает фонематический слух, что приводит к трудностям в обучении (нечетко воспринимают обращенную речь, не дифференцируют сходные звуки, поэтому сложен звуко-буквенный анализ и т.д.). При тяжелых нарушениях фонематического слуха наступает недоразвитие всей речевой функции. На овладение грамотой влияют и нарушения произношения. Все это следует учитывать при проведении логопедического обследования.

Сохранность интеллекта детей с нарушениями речи отчетливо видна при выполнении заданий, которые не требуют участия речи (наглядные методики с «безречевыми» инструкциями). У этих детей живая реакция, адекватное поведение. Этим они, прежде всего, и отличаются от умственно отсталых.

Все перечисленные временные затруднения в познавательной деятельности и нарушения центральной нервной системы, если к ним не будет своевременно привлечено внимание школы и семьи, могут привести к так называемой педагогической запущенности, которая чаще всего и отождествляется с умственной отсталостью.

Трудность определения умственной отсталости заключается в том, что, в отличие от других аномалий (глухота, слепота), для умственной отсталости нет абсолютно объективного критерия, такой шкалы, по которой ее можно было бы измерить.

2.5. Психолого-педагогическое изучение подростков с нарушениями развития

Специфика подросткового возраста у детей с отклонениями в развитии ставит ряд задач их психолого-педагогического изучения. Они несколько отличаются от задач изучения детей более младшего возраста. Основными задачами являются следующие:

Во-первых, квалификация особенностей психики, выявление сохранных и нарушенных функций, иерархии нарушений для определения характера отклонений в развитии. В подростковом возрасте это не самая распространенная задача, поскольку обычно такого рода диагностическая работа проводится раньше, и к 11-12 годам ребенок обычно уже находится в соответствующем учреждении (специальной коррекционной школе, интернате и пр.). В то же время потребность в диагностике может возникнуть и в более старшем возрасте. Известны случаи неточной (а иногда и неправильной) диагностики, в результате чего ребенок оказывался в непрофильном учреждении. О необходимости уточнения диагноза можно судить, например, по несоответствию учебных успехов ребенка среднему уровню достижений данной категории детей с нарушениями развития (причем успехи могут быть не только очень низкими, но и очень высокими). Другим показателем может быть, например, выраженная социальная дезадаптация, невозможность приспособиться к школьному коллективу. Уточнение состояния ребенка предоставит ему, хоть и с запозданием, возможность обучаться в учебном учреждении соответствующего профиля.

Во-вторых, исследование и квалификация состояния психики подростка для выявления причин частных трудностей в обучении (неуспеваемости по отдельным предметам), нарушений поведения и социальной адаптации в целом.

Что касается трудностей в обучении, то они вполне возможны и в том случае, когда ребенок учится в соответствующей школе, но имеет ряд индивидуальных особенностей психики, препятствующих усвоению отдельных предметов (нерезко выраженные нарушения пространственной ориентировки, моторики; недостаточная мотивация и пр.). Выявление конкретных причин трудностей в обучении поможет найти индивидуальный подход к ребенку, «подстроиться» к его возможностям, а в том случае, если нарушения устранимы, провести коррекционную работу.

Очень важно своевременно выявить причины нарушений поведения. Как известно, они могут быть биологического и социального характера; нередко неблагоприятные социальные факторы усиливают действие биологических (например, психопатоподобных нарушений при умственной отсталости). Зачастую нарушения поведения подростков с отклонениями в развитии связаны с чувством собственной неполноценности, ущербности. Таким образом, необходимо исследовать не только самого ребенка (особенности эмоционально-волевой сферы, личности и межличностных отношений), но и микросоциальную среду - семью, класс. Большое значение может иметь диагностика взаимоотношений с педагогами. Правильно проведенный анализ причин нарушений социальной адаптации поможет в разработке программы коррекционных мероприятий.

В-третьих, диагностика структуры психической деятельности с целью профориентации. Подростковый возраст — период самоопределения. И очень важно помочь подростку с отклонениями в развитии правильно оценить свои возможности и выбрать профессиональный путь. Здесь диагностическая работа имеет свою специфику. Прежде всего важно выявить характер профессиональных интересов подростка (то есть какая сфера трудовой деятельности его привлекает) и вообще степень сформированности этих интересов (у детей с отклонениями в развитии профессиональные интересы часто слабо выражены и неадекватны их способностям). Кроме того, выводы по результатам исследования должны строиться с учетом прогноза развития тех или иных функций и способностей, а этот прогноз, в свою очередь, зависит не только от структуры нарушений познавательной деятельности, но и от сохранных звеньев психики, системы установок и ценностей. Желательно также, чтобы на основании диагностики профессионально значимых качеств в случае необходимости могла проводиться коррекционная работа.

2.6. Некоторые особенности проведения психологического исследования подростков с нарушениями развития

Психологическое исследование подростков с нарушениями развития опирается на те же принципы, что и изучение детей более младшего возраста. Вместе с тем сама процедура исследования, подбор конкретных диагностических методик имеет ряд особенностей.

Что касается процедуры исследования, то здесь при установлении контакта с ребенком очень важно учитывать особенности подросткового возраста — тенденцию к самостоятельности, чувство «Я», «независимости» от взрослых. Хотя у подростков с отклонениями в развитии эти черты выражены в

меньшей степени, чем у нормально развивающихся детей, следует все же принимать их во внимание.

У подростков могут быть и выраженные аффективные вспышки, негативизм, особенно при неудаче в установлении контакта, поэтому таким детям требуется бережный, не форсированный подход. Спокойное, уважительное отношение к подростку — важный фактор, обеспечивающий его сотрудничество в ходе исследования.

Существуют и специфические особенности, которые необходимо учитывать в ходе установления контакта, поиска верного тона в общении с подростком. Так, дети с гиперкинетической формой детского церебрального паралича могут быть расторможенными, не всегда соблюдают дистанцию в общении со взрослыми, тогда как дети с гемипаретической формой (гемипарез — односторонний паралич. — Ред.) сенситивны, тормозимы; подростки с нарушениями слуха более активны, стеничны по сравнению со слабовидящими и незрячими.

При изучении подростков существенно расширяется арсенал диагностических методик, поскольку за период школьного обучения дети далеко продвинулись в своем развитии. Здесь используются классические экспериментально-психологические методики, причем в полном варианте. Так, например, если в дошкольном возрасте методика «Предметная классификация» проводится лишь в два этапа и с использованием не всего набора карточек, то в подростковом возрасте она дается целиком, в три этапа. К тем методикам исследования познавательной сферы, которые используются в более младшем возрасте (например, «Исключение предметов»), добавляются новые, недоступные младшим детям («Простые аналогии», «Сложные аналогии»).

Поскольку в целом улучшается интеллектуальное и речевое развитие детей, становится возможным использование достаточно сложных методов исследования личности и межличностных отношений — опросников, проективных тестов.

Вместе с тем, хотя исследование личности и межличностных отношений в подростковом возрасте — чрезвычайно важная задача, следует помнить о необходимости тщательного подбора методик исследования с учетом речевых и интеллектуальных особенностей ребенка. Возможности применения многих методик все же остаются ограниченными.

Так, например, при предъявлении опросников важно быть уверенным, что подросток понимает значение вопроса полностью, в противном случае время будет потрачено зря, результаты будут недостоверны. Уровень же понимания текста не всегда можно с легкостью определить: так, ребенок с нарушениями слуха может не знать какого-то ключевого слова в вопросе, а ответ по типу «да-нет» все же даст. Кроме того, на достоверность полученных данных влияет и

общий уровень социального развития подростка, его осведомленность о социальных явлениях. Например, в широко распространенном опроснике Айзенка EPQ есть вопрос: «Считаете ли вы, что люди затрачивают слишком много времени, чтобы обеспечить свое будущее, откладывая сбережения, страхуя свою жизнь?» Понятно, что далеко не все подростки с отклонениями в развитии имеют понятие о страховании. Это касается и детей-сирот, проживающих в детских домах и испытывающих недостаток знаний по различным социальным вопросам. Поэтому использование таких опросников, как Патохарактерологический опросник Личко (ПДО), опросники Кэттелла, Айзенка и др., возможно лишь в том случае, когда есть уверенность в их доступности для понимания.

Выяснить это можно, например, следующим образом. Прежде чем предъявить опросник, нужно проанализировать, какие вопросы могут оказаться трудными для понимания (значения слов, предлагаемые ситуации в целом), а затем в беседе задать ряд вопросов, чтобы определить, насколько ребенок понимает значение слова или содержание ситуации. Если этого понимания недостаточно, но интеллектуально ребенок достаточно сохранен, можно ненавязчиво прояснить ему ситуацию и лишь затем попросить его заполнить опросник (или ответить устно, что считается менее желательным, так как в чем-то нарушается конфиденциальность — ведь взрослый в этом случае слышит конкретные ответы на конкретные вопросы, а не просто обрабатывает итоговый список ответов «да–нет», «верно–неверно»; это может смущать подростка и приводить к недостоверным ответам). Делать же пояснения в процессе заполнения опросника нельзя, так как в этом случае ребенку навязывается та или иная трактовка ситуации другим человеком.

Значительные ограничения существуют и в применении так называемых проективных методик исследования личности и межличностных отношений. Чем ниже уровень интеллектуального и речевого развития, тем меньше возможность использования такого рода методик, тем беднее их арсенал.

Таким образом, психологическое исследование особенностей личности и межличностных отношений подростка с отклонениями в развитии должно учитывать как специфические особенности подросткового возраста, так и характер нарушений развития.

Предварительное составление программы психологического исследования — неотъемлемая часть процедуры психологической диагностики. Программа экспериментально-психологического исследования определяет набор конкретных методик, тактических приемов их проведения и саму последовательность предъявления.

Список литературы:

1. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. — М., 2005.
2. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И.Ю. Левченко., С.Д. Забрамной. Уч. пособие. — М., 2003.
3. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. — М., 1986.
4. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. — М., 1990.
5. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1995.

Раздел 3. ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ

Определяющее значение в процессе адаптации ребенка с умственной отсталостью имеет целенаправленная психокоррекционная работа. Центральным звеном в психокоррекционных технологиях является составление психокоррекционных программ. Традиционно в основу таких программ для детей с психическим недоразвитием положены основные направления их психологической диагностики: психометрическое, функциональное и нейропсихологическое. Например, при психометрическом подходе, когда определяющей мишенью психологической коррекции является степень психического недоразвития у ребенка, психокоррекционная программа направлена на повышение общего интеллектуального уровня ребенка с помощью специально разработанных психолого-педагогических коррекционных систем, организацию обучения ребенка в специализированном заведении.

При функциональном подходе, когда определяется уровень развития отдельных психических функций у ребенка (восприятия, внимания, памяти и пр.) психокоррекционные программы направлены на исправление и оптимизацию развития отдельных психических функций. Например, развитие восприятия у детей с умственной отсталостью как основу формирования мышления.

Нейропсихологический подход базируется на современных представлениях о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе (Вайзман, 1976; Микадзе, Корсакова, 1994; Пылаева, Ахутина, 1997; Семенович, 1998; Семаго М., Семаго Н., 2000 и др.). В этих исследованиях доказано, что сенсомоторный уровень развития является базальным для развития высших психических функций, поэтому в начале психокоррекционной работы уделяют большое внимание развитию двигательных функций. Выделяется несколько уровней коррекции на основе нейропсихологического подхода:

- 1) Уровень активации, энергоснабжения и статокINETического баланса психических процессов;
- 2) Уровень операционального обеспечения и статокINETического баланса психических процессов;
- 3) Уровень произвольной регуляции смыслообразующей функции психомоторных процессов (цит. по: М. Семаго и Н. Семаго).

Каждый из этих уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» воздействия.

Психокоррекционные методы первого уровня направлены на функциональную активацию подкорковых образований головного мозга.

Методы второго уровня — задних премоторных отделов правого и левого полушарий мозга и их взаимодействия, а методы третьего уровня направлены на формирование оптимального статуса префронтальных отделов мозга.

Данное направление психологической коррекции является на наш взгляд весьма перспективным для детей с психическим недоразвитием. Однако следует отметить, что каждое из перечисленных выше направлений занимает определенное место в системе психокоррекционной работы с детьми с психическим недоразвитием.

Важное значение для эффективности психологической коррекции детей с психическим недоразвитием имеет, с одной стороны, ориентация на сложные системно-структурные модели психического недоразвития, с другой стороны — онтогенетические модели.

Учет системно-структурных моделей психического недоразвития у детей позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта. Это успешно достигается при функциональном и нейропсихологическом подходе к психологической коррекции.

Как отмечалось выше, психическое недоразвитие — это тип дизонтогенеза, для которого характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме аномалии развития — интеллектуальный, и обязательным признаком является недоразвитие высших форм мыслительной деятельности: абстрактного мышления, образования понятий, низкий уровень обобщений.

Многообразие и полиморфность видов психического недоразвития требует учета всех факторов, определяющих дефект. Например, у детей с умственной отсталостью вследствие экзогенных факторов в структуре психического дефекта, кроме интеллектуальных нарушений, могут наблюдаться выраженные нейродинамические и аффективные нарушения. У детей с хромосомной патологией нередко наблюдается повышенная заторможенность, инактивность или, наоборот, бессмысленная активность, полевое поведение. Все это требует синдромологического подхода к психологической коррекции с выделением ведущих и определяющих мишеней (симптомокомплексов), лежащих в основе психического недоразвития.

Кроме уровневых моделей психокоррекции детей с психическим недоразвитием широко используются онтогенетические модели, которые предполагают два основных направления:

- возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, и активация этих процессов в качестве ранее не востребуемых резервов;

- ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Возрастной фактор также имеет важное значение в психокоррекционной работе с детьми с умственной отсталостью.

Как отмечалось выше, у здоровых детей в раннем возрасте происходят интенсивные изменения в физическом и психическом развитии. Уже на втором году жизни наблюдается бурное развитие предметных действий, а на третьем — предметная деятельность становится у здоровых детей ведущей.

В исследованиях отечественных психологов и педагогов было убедительно доказано, что предметная деятельность здорового ребенка на первом году жизни претерпевает ряд существенных изменений. Как отмечает Р.Я. Абрамович-Лехтман, уже на четвертом месяце жизни здоровый ребенок начинает ощупывать, притягивать случайно задетый предмет. Появляются повторные похлопывания рукой по этому предмету. По существу, на этом первом этапе ребенок инициативно осуществляет действительную связь между собой и предметом путем непосредственного контакта. Через ощупывание начинает формироваться выделение предмета как объекта деятельности. В дальнейшем действия ребенка становятся результативными: он повторно притягивает или отбрасывает предмет, размахивает им, стаскивает один предмет с другого. В этих действиях ребенка появляется новое: предмет перемещается в пространстве, вовлекается в пространственно меняющиеся отношения. Притягивание случайно задетого предмета подкрепляется его непосредственным схватыванием. Этот контакт с предметом, достигнутый в результате собственного усилия, позволяет ребенку перейти к привычной деятельности рассматривания предмета, обследования его путем ощупывания рукой, прикосновения губ, языка и т. п. Таким образом, происходит выделение ребенком предмета как объекта деятельности [1].

В конце первого года жизни ребенок может действовать уже не одним предметом, а несколькими, перемещая их по отношению друг к другу. Это уже является активным изменением пространственных отношений между предметами и существенной предпосылкой для возникновения нового этапа — целевого использования предметов путем воздействия одним предметом на другой. Уже на шестом месяце ребенок может активно вызывать звуки с помощью предмета, ударяя им по другому предмету. На десятом месяце ребенок ударом одного предмета по другому может вызвать вращение последнего. На десятом месяце он уже может перемещать одним предметом другие в ограниченном пространстве. Например, палкой помешивать шарики в чашке. Очень важным обстоятельством, как подчеркивает Р.Я. Абрамович-Лехтман, является вызывание путем такого взаимодействия «скрытых свойств предметов». Например, удар палкой по колесу, насаженному на стержень, вызывает вращение колеса. Именно вызывание скрытого свойства предметов

имеет огромное познавательное значение для ребенка. Итак, уже в конце первого года жизни здоровый ребенок может совершать результативные действия, воздействуя на предмет не только непосредственно рукой, но и опосредованно с помощью другого предмета.

В процессе становления предметной деятельности у ребенка развивается ориентировочная реакция на новый предмет, он начинает выделять предметы, усваивает способы действия с ними. У него формируется ориентировка на свойства и качества предметов. Именно этот процесс формирования поисковых действий и оказывает решающее влияние на ход психического развития здорового ребенка.

Кроме того, идет активное развитие речи: вначале появляются отдельные слова, а на втором году жизни — фразы. Пробуждается интерес к продуктивным видам деятельности: рисованию, конструированию.

У детей с психическим недоразвитием в этот возрастной период развитие моторики значительно запаздывает. Походка их долго остается неустойчивой, плохо координированной, отмечаются лишние движения. Как правило, у них долго не выделяется ведущая рука, нет согласованности в действиях обеих рук.

Предметными действиями дети с психическим недоразвитием своевременно не овладевают, в этом возрасте у них появляются лишь манипуляции, т. е. хаотичные, нецеленаправленные двигательные реакции. Чаще всего эти манипуляции не соответствуют назначению предмета, с которыми ребенок совершает действия. Дети с умственной отсталостью не умеют подражать действиям взрослого, т. е. они самостоятельно не овладевают основным способом усвоения общественного опыта. Все это в значительной степени оказывает негативное влияние на формирование восприятия и таких его свойств как константность, предметность, обобщенность и определяет основные задачи психологической коррекции. Среди этих задач выделяются следующие:

- обучение детей с психическим недоразвитием усвоению сенсорных эталонов с помощью развития у них предметно-практических действий;
- развитие целостности, константности, предметности и обобщенности восприятия.

3.1. Организация психокоррекционного процесса

В процессе планирования занятий необходимо соблюдать следующие принципы:

- принцип последовательности, предусматривающий постепенное усложнение занятий;
- принцип доступности заданий;
- принцип систематичности занятий, предусматривающий определенную частоту занятий; желательно не менее двух раз в неделю;

- принцип закрепления усвоенного с привлечением родителей, педагогов-дефектологов, логопедов.

В процессе обучения детей с психическим недоразвитием предметно-практическим манипуляциям психолог формирует у них поисковые способы ориентировки в задании, обучает ребенка усвоению формы, цвета и величины предметов. В ходе занятий ребенку необходимо показать такие действия, при которых он мог бы понять, что от умения определить форму зависит результат его деятельности.

Приводим конкретную схему занятий с описанием психотехник:

1. Предметно-практические манипуляции с объемными формами.

Цель занятий: научить ребенка соотносить плоские и объемные формы в практическом действии с предметами, пользоваться методом проб и ошибок, отбрасывая ошибочные варианты и фиксируя правильные.

Психотехнические игры: «Закрой коробки», «Чей домик», «Найди окошко», «Почтовый ящик». Ребенку предлагаются эталонные геометрические фигуры, которые он должен соотнести с местом.

Оборудование:

- коробки с крышками разной формы,
- объемные геометрические формы по объему подходящие к прорези,
- доски с прорезями, изображающими геометрические фигуры и предметы из геометрических форм.

2. Зрительное восприятие формы без предметно-практических манипуляций.

Цель занятий: обучение ребенка зрительному сопоставлению формы без предметно-практической ориентировки (вычленение контура предмета, соотнесение объемных и плоских форм, узнавание предметов в рисунках, их словесное обозначение).

Психотехнические игры: «Найди свою пару», «Лото», «Угадай что нарисовано», «Магазин».

Оборудование:

- карточки с изображением геометрических форм;
- парные плоскостные или пластмассовые формы;
- предметы и игрушки разной формы;

3. Запоминание форм.

Цель занятий: научить детей запоминать воспринятые формы; мысленно по представлению сопоставлять объемную форму с плоскостной. Закреплять названия: «круглый», «квадратный», «овальный», «треугольный».

Психотехнические игры: «Узнай и запомни», «Найди похожую», «Угадай чего не стало».

Оборудование:

- карточки с геометрическими формами разной величины и цвета,
- объемные игрушки разной формы (например, шар, неваляшки, телевизор и пр.),
- плоскостные формы образцы (круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник).

Обучение восприятию величины предметов так же, как и формы проводится в контексте предметно-практических манипуляций. В процессе действий с игрушками умственно отсталый ребенок начинает выделять величину зрительно. На основе длительного применения проб и примеривания у ребенка может возникнуть полноценное зрительное восприятие величины, умение вычленять ее, соотносить предметы по величине. Занятия состоят из трех этапов:

1. Практическое выделение величины.

Цель занятий: научить детей ориентироваться на величину предметов, соотносить действия рук с величиной предметов, соотносить по величине плоские и объемные фигуры, обучать детей составлению сериационного ряда.

Психотехнические игры: «Составление двух- и трехместных матрешек», «Найди место для предмета», «Построй башню», «Найди кровать для куклы» и пр.

Оборудование:

- матрешки (двух-, трех- и четырехместные),
- бруски разной величины,
- куклы и машинки разной величины,
- игрушечная мебель разной величины.

2. Зрительное восприятие величины.

Цель занятий: научить различать зрительно предметы различной величины, соотносить зрительный образ со словом.

Психотехнические игры: «Лото» (определение предметов по величине), «Закончи узор» (с учетом величины детали), «Построй башни» (с учетом разной высоты) и пр.

Оборудование:

- карточки с изображением предметов разной величины,
- большие и маленькие круги, квадраты и контурные узоры,
- фломастеры,
- трафареты с изображением предметов и животных разной величины.

3. Запоминание предметов с учетом их величины.

Цель занятий: научить детей удерживать в представлении и мысленно соотносить между собой величины разных предметов, осуществлять выбор по представлению и словесному обозначению величины предметов.

Психотехнические игры: «Запомни и найди», «Найди, где спрятано», «Угадай, какое платье нужно кукле» и пр.

Оборудование:

- карточки-лото с изображением предметов разной величины,
- предметы разной величины,
- картонные геометрические фигуры трех величин.

Важное значение в процессе психокоррекции детей с психическим недоразвитием имеет формирование у них константного и целостного восприятия предметов. Детям предстоит осознать, что внешний вид предмета может меняться в зависимости от того, с какой стороны на него смотрят — спереди, сзади, сбоку, снизу или сверху, но все равно это будет один и тот же предмет. Ребенок должен понять, что целый предмет состоит из отдельных частей, каждая из которых не только имеет свою функцию, но и свою форму, величину, свое определенное место, в целом, пространственное расположение.

Формирование целостного восприятия успешно осуществляется в процессе обучения детей продуктивным видам деятельности: конструирования, рисования, лепки, аппликации.

Огромный коррекционный потенциал принадлежит конструктивной деятельности, которая активно формируется у здоровых детей еще в младшем дошкольном возрасте. В процессе конструктивной деятельности ребенок, с одной стороны, знакомится с пространственными свойствами предметов (форма, величина и пр.), с другой стороны — процесс конструирования оказывает существенное влияние на формирование способов восприятия: вычленение целого из отдельных частей, мысленное расчленение сложной формы и установление пространственных взаимоотношений предметов. Эффективность конструктивных занятий в формировании сенсорных функций у детей с психическим недоразвитием описана в работах многих отечественных педагогов и психологов (Мамайчук, 1976; Катаева, Стребелева, 1991 и др.).

Психолог предлагает ребенку разнообразные игры: «Собери целое», «Какой детали не хватает» и пр.

Особое и важное значение в психологической коррекции детей с умственной отсталостью занимает формирование пространственной ориентировки. М. и Н. Семаго, которые разработали программу формирования пространственных представлений для детей дошкольного и младшего школьного возраста (Семаго М. и Н., 2000). Структура заданий программы усложняется в зависимости от уровня овладения ребенком пространственных представлений: от наиболее простых, координатных, метрических до лингвистических представлений. Каждый этап программы разделен на несколько тем, каждая из которых представляет собой работу на различных

уровнях с обязательной соответствующей вербализацией пространственных представлений. Такими уровнями являются:

- уровень пространства собственного тела;
- уровень расположения объектов по отношению к собственному телу;
- взаимоотношение внешних объектов между собой;
- лингвистическое пространство, включая временные представления (Семаго М. и Н., 2000).

Опыт нашей работы показывает, что при формировании пространственных представлений у детей с психическим недоразвитием важно соблюдать следующие этапы.

На первом этапе необходимо обучить детей различать отношения предметов и их частей по вертикали (на, под).

Второй этап — это формирование горизонтальных отношений (рядом, около).

Третий — формирование таких отношений как «справа», «слева», «за», «перед», «между» и пр.

•После того как ребенок научится воспринимать и воспроизводить пространственные отношения предметов по подражанию действиям взрослого, можно переходить к играм, где взрослый предъявляет ребенку уже готовые образцы. С помощью такого метода ребенок самостоятельно анализирует образец, пространственное взаимоотношение его частей. Это успешно достигается в ходе развития конструктивных умений, а также в процессе специально организованных дидактических игр «Запомни и найди», «Найди и назови», где ребенку предлагаются карты с изображением предметов, по-разному расположенных по отношению друг к другу.

Особо важное значение в формировании пространственных отношений и представлений у умственно отсталых детей имеет развитие у них осязательного восприятия. С этой целью используются разнообразные дидактические игры, направленные на осязательное восприятие формы, величины, объема, температуры, пространственного расположения предметов.

На первом этапе детей обучают осязательному восприятию знакомых объемных предметов (например, машинка, кукла, ложка, тарелка, шарф, пуговица и пр.). На втором этапе детям предлагают для ощупывания и узнавания объемные геометрические формы (шар, куб, «кирпичик из строительного набора» и пр.). На третьем этапе дети ощупывают и называют плоские геометрические фигуры. На четвертом этапе дети классифицируют объемные фигуры по величине. За специальной ширмой психолог раскладывает перед ребенком набор объемных фигур одинаковой формы, но разной величины. Например, шар большой и шар маленький, катушка большая и катушка маленькая и пр. Психолог просит ребенка выбрать и дать ему одинаковые

фигурки. Опыт нашей работы показывает высокую эффективность таких занятий в развитии у ребенка пространственных восприятий.

Память детей с психическим недоразвитием, как отмечалось выше, отличается снижением объема запоминания, трудностями хранения и воспроизведения информации. Невозможность опосредованного запоминания у детей с психическим недоразвитием обусловлена трудностями смысловой организации запоминаемого материала. В связи с этим, важными направлениями психокоррекции памяти являются:

— формирование объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях;

— развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой деятельности.

Перед началом психокоррекционной работы психолог должен обратить внимание на то, какая форма памяти у ребенка преобладает: зрительная, слуховая, зрительно-слуховая или кинестетическая. Например, если у ребенка наблюдается выраженное недоразвитие памяти в слуховой модальности, рекомендуется проводить занятия по развитию слуховой и зрительно-слуховой памяти. Все занятия по коррекции памяти должны проходить в игровой ситуации, доступной ребенку.

Недоразвитие мышления является ядерным признаком у детей с данной формой дизонтогенеза. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования понятий, трудностями переноса и обобщения. Развитие мышления у детей с психическим недоразвитием непосредственно связано с совершенствованием деятельности и восприятия. Важной задачей психокоррекции является развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. Для ее решения работа должна вестись в следующих направлениях:

— обучение детей многообразным предметно-практическим манипуляциям с предметами различной формы, величины, цвета;

— обучение детей использованию вспомогательных предметов (орудийные действия);

— формирование наглядно-образного **мышления** в процессе конструктивной и изобразительной деятельности;

— формирование элементарных логических обобщений.

Как уже упоминалось выше, предметно-практическая деятельность как здорового, так и ребенка с психическим дизонтогенезом, является основой для **формирования** его мышления. В процессе обучения детей **предметно-практическим** манипуляциям целесообразно проводить такие занятия, как подбор предметов по образцу, группировка предметов по образцу и по разным

свойствам. Можно предложить детям разнообразные игры типа «Разложи игрушки по домикам» и пр.

Особое коррекционное значение имеют игры, направленные на использование вспомогательных средств. Например, предлагается достать нужный предмет с помощью веревки, палки и пр. В процессе таких игр перед ребенком ставятся задачи выявить внутренние связи предмета, проанализировать условия практической задачи, найти выход из проблемной ситуации, требующей применения вспомогательных средств, не забывая при этом учитывать особенности ситуации и, следовательно, соответствующие способы действия.

В таблице 1 представлены игры-занятия предметами-орудиями, которые можно использовать в психокоррекционной работе с детьми с психическим недоразвитием.

Таблица 1

Система игр-занятий с предметами-орудиями

Название игры	Содержание	Сенсорные процессы	Мыслительные процессы	Моторика
Игры и занятия со вспомогательными предметами	Переместить тележку за тесемку. Переместить каталку при помощи ручки	Восприятие сопереживания предметов.	Обнаружение и использование статических межпредметных связей	Удержание тесемки двумя руками. Движения рук к себе.
	Придвинуть игрушку палкой к себе. Вытолкнуть игрушку палкой из трубы >	Восприятие предметов в динамике их перемещений. Различение формы предметов, их пространственного расположения, развитие глазомера.	Установление результативной динамической связи между предметами (с учетом формы и расположения предметов).	Координированные движения обеих РУК-
Игры и занятия с простей-	Катать тележку с помощью	Восприятие предметов в	Установление результа-	Координированные дви-

шими предметами-орудиями '	палки с кольцом. Достать фигурку из коробки с помощью специальной ложки.	динамике. Развитие глазомера. Восприятие и сопоставление форм.	тивной динамической связи.	жения рук.
	Копать, насыпать в формочки и утрамбовывать крупу или песок	Восприятие предмета в динамике результированных изменений в предмете.	Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами.	Координированные и последовательные движения обеих рук.

Название игры	Содержание	Сенсорные процессы	Мыслительные процессы	Моторика
Игры-занятия с предметами-орудиями, имитирующими орудия труда.	Забить молотком колышки или втулочки	Восприятие предмета в динамике результированных сопережений, воздействий и изменений. Выделение части и целого. Соотнесение форм.	Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами для объединения их в целое с помощью орудия.	Соподчиненное движение рук с выделением «рабочей» и «вспомогательной» функций.
	Завинтить винты вручную и отверткой. Собрать каталку вручную и отверткой	Восприятие изменений результированного характера. Соотнесение формы, различение частей и целого. Выделение специфичного в предмете.	Установление продуктивной динамической связи между предметами с целью их объединения.	Соподчиненные координированные движения РУК-

Один из важных аспектов наглядно-образного мышления — способность ребенка действовать в уме, оперируя представленными образами. Требуется обучить этому детей с психическим недоразвитием, чтобы они могли находить правильный выход, не прибегая к практическим действиям с объектами. Это достигается в процессе разнообразных психотехнических игр с использованием картинок. Например, нужно достать предмет, изображенный на картинке. Психолог предлагает ребенку картинку и просит рассказать, как мальчик будет доставать воздушный шар с высокого шкафа в комнате.

Одной из наиболее сложных проблем, стоящих перед психологами и педагогами, работающими с детьми, страдающими умственной отсталостью, является переход от наглядно-чувственного познания к словесно-логическому. Опыт нашей работы показал, что с детьми с легкой степенью умственной отсталости целесообразно проводить психокоррекционные занятия по формированию у них элементарных логических операций: обобщение, анализ, синтез. В качестве предпосылки развития логических операций мы выбрали формирование у детей операции сравнения. В исследованиях отечественных и зарубежных психологов было доказано, что умственно отсталые школьники могут овладеть алгоритмом сравнения и научиться применять его в зависимости от ситуации (Ж. Шиф, 1965; В. Г. Петрова, 1969; Б. Брёзе, 1981 и др.).

Занятия проводились поэтапно.

Первый этап — обучение ребенка сравнению предметов с помощью анализа их элементов. Психолог совместно с ребенком анализирует различия в предметах по отдельным признакам. Например, при сравнении коровы и козы психолог обращает внимание на их различие (величина, длина рогов, цвет и пр.).

Второй этап — обучение ребенка сопоставлению отдельных признаков объектов в зависимости от определений «одинаковый — различный». Например, психолог показывает ребенку картинки животных и просит определить, что в них одинаковое и чем они отличаются друг от друга.

Третий этап — обобщение сравниваемых признаков. Например, требуется найти и сложить в одну группу подходящие друг к другу картинки, игрушки и пр.

Занятия могут проводиться индивидуально или в небольшой группе детей, в игровой форме с использованием предметно-практических манипуляций. Например, ребенок ищет различия между геометрическими формами, и для закрепления усвоенного ему рекомендуется разложить их в соответствующие ячейки.

Важным принципом психокоррекции детей с психическим недоразвитием является деятельностный подход. Сам процесс психокоррекции должен проходить в рамках того вида деятельности, которая доступна ребенку с

интеллектуальной недостаточностью. Если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекцию необходимо проводить в предметно-практическом контексте.

Вторым, не менее важным, принципом является комплексный подход к психокоррекции детей с психическим недоразвитием. Соблюдение этого принципа требует тесного контакта психолога с педагогом-дефектологом, логопедом, врачом, воспитателем и родителями.

Третьим, наиважнейшим, принципом является иерархический принцип. Психолог в процессе коррекции должен ориентироваться не только на уровень актуального развития ребенка, но и его потенциальные возможности.

Список литературы:

1. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2006. - 400 с.

3.2. Инклюзивное обучение детей с интеллектуальной недостаточностью

Если говорить о возможности включения детей с той или иной степенью умственной отсталости в процесс инклюзивного обучения, то очевидно, такая форма обучения может рассматриваться только для детей с интеллектуальной недостаточностью в степени дебильности. Включение детей при наличии умеренной, тяжелой или глубокой форм интеллектуальной недостаточности возможно только при точечной инклюзии, то есть проведение совместных праздников или каких-либо мероприятий.

Учитывая особенности высшей нервной деятельности ребенка с умственной отсталостью, необходимо организовывать процесс их обучения в инклюзивных группах. К особенностям ВНД детей с умственной отсталостью относятся:

- слабость процессов «возбуждение-торможение». То есть, необходима более сильная стимуляция и большее время для возникновения процесса возбуждения в клетке, а также больше времени для процесса торможения (сложно вызвать какую-либо эмоцию, но потом сложно ее прекратить). Это необходимо учитывать педагогам, работающим с данным ребенком.

- инертность нервных процессов. То есть трудность переключения с одного вида деятельности на другой.

- склонность к частому охранительному торможению – для того, чтобы нервные клетки не перегружались, их работа затормаживается. Это означает, что ребенок может концентрировать внимание не более 15 минут, после чего он «отключается». Следовательно, целесообразным будет организация занятия

таким образом, чтобы каждые 15 минут можно было сделать перерыв, после чего вернуться к занятию.

- недоразвитие 2-ой сигнальной системы, то есть ребенок ориентируется на восприятие, а не на речевую инструкцию. Следовательно, необходимо организовывать занятие с опорой на зрительные, слуховые и тактильные стимулы, а не на речевую инструкцию.

Выделяют три типа детей с интеллектуальной недостаточностью:

- 1) Вялых и медлительных (с ослаблением процесса возбуждения).
- 2) Расторможенных и импульсивных (с ослаблением процесса активного торможения).
- 3) Чрезмерно истощаемых при интеллектуальной нагрузке (с повышенной склонностью к охранительному торможению).

Для первой группы актуальным будет стимулирование интеллектуальной деятельности, так как самостоятельно они инициативу не проявляют. Так как знания и умения у данной группы формируются крайне медленно целесообразным будет неоднократное повторение материала и дополнительное объяснение, которое может производить тьютор.

Для достижения результатов в обучении второй группы необходимо указывать им на ошибки, давать возможность исправить свой ответ, так как зачастую дети данной группы действуют необдуманно и некритичны к своим ответам и результатам деятельности. С педагогической точки зрения необходимо стимулировать обдуманность ответов, а с психологической точки зрения необходимо обучение навыкам самоконтроля.

При работе с третьей группой детей необходимо учитывать фазы их интеллектуальной активности, так как наиболее эффективной будет работа в фазе его активности. Следовательно, чрезвычайно важно в работе с данной категорией детей учитывать истощаемость нервных процессов и давать шанс исправить свой ответ, оценку, так как она может объясняться не незнанием ответа, а ответом в фазе охранительного торможения.

Список литературы:

1. Реализация коррекционно-развивающих программ с детьми дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования: научно-методическое пособие / В.С. Горынина, А.И. Сафина, А.Е. Игнатьев; под ред. Д.З. Ахметовой. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2014. – 159 с.

Раздел 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

В настоящее время весьма актуален вопрос обучения детей с нарушенным интеллектом в общеобразовательной школе, как вопрос, отвечающий социальным запросам современного общества.

Совместное обучение умственно отсталых детей с нормально развивающимися сверстниками в общеобразовательных учреждениях требует создания специальных педагогических условий, обеспечивающих реализацию интегрированного подхода (приложение 1).

В работе с умственно отсталыми детьми необходимо учитывать особенности их развития. Учащиеся с нарушением интеллекта испытывают значительные трудности при усвоении программного материала по основным учебным предметам (математика, чтение, письмо). Эти трудности обусловлены особенностями развития их высших психических функций. У данной категории детей отмечается значительное отставание в познавательном развитии.

Умственная отсталость – это качественное изменение всей психики, всей личности в целом, явившееся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы. Это такая атипия развития, при которой страдают не только интеллект, но и эмоции, воля, поведение, физическое развитие.

Для умственно отсталых детей характерно недоразвитие познавательных интересов, которое выражается в том, что они меньше, чем нормально развивающиеся сверстники, испытывают потребность в познании. У них отмечается замедленный темп и меньшая дифференцированность восприятия. Эти особенности при обучении умственно отсталых детей проявляются в замедленном темпе узнавания, а также в том, что учащиеся часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, похожие по звучанию буквы, слова. Отмечается также узость объема восприятия. Дети данной категории выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, в прослушанном тексте, не видя и не слыша важный для общего понимания материал. Все отмеченные недостатки восприятия протекают на фоне недостаточной активности этого процесса. Их восприятием необходимо руководить.

Все мыслительные операции у умственно отсталых детей недостаточно сформированы и имеют своеобразные черты. Затруднен анализ и синтез предметов. Выделяя в предметах (в тексте) отдельные их части, дети не устанавливают связи между ними. Не умея выделить главное в предметах и явлениях, учащиеся затрудняются проводить сопоставительный анализ и синтез, проводят сравнение по несущественным признакам. Отличительной чертой

мышления умственно отсталых является не критичность, невозможность заметить свои ошибки, сниженная активность мыслительных процессов, слабая регулирующая роль мышления.

Основные процессы памяти у этих детей также имеют свои особенности: лучше запоминаются внешние, иногда случайно воспринимаемые зрительно признаки, трудно осознаются и запоминаются внутренние логические связи, позже формируется произвольное запоминание; большое количество ошибок при воспроизведении словесного материала. Характерна эпизодическая забывчивость, связанная с переутомлением нервной системы из-за общей ее слабости. Воображение умственно отсталых детей отличается фрагментарностью, неточностью и схематичностью.

Страдают все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. Наблюдаются различные виды нарушений письма, трудности овладения техникой чтения, снижена потребность в речевом общении.

У умственно отсталых детей более, чем у их нормальных сверстников, выражены недостатки внимания: малая устойчивость, трудности распределения внимания, замедленная переключаемость. Слабость произвольного внимания проявляется в том, что в процессе обучения отмечается частая смена объектов внимания, невозможность сосредоточиться на каком-то одном объекте или одном виде деятельности.

Эмоционально-волевая сфера у данной категории детей имеет ряд особенностей. Отмечается неустойчивость эмоций. Переживания неглубокие, поверхностные. Имеют место случаи внезапных эмоциональных перепадов: от повышенной эмоциональной возбудимости, до выраженного эмоционального спада.

Слабость собственных намерений, побуждений, большая внушаемость – отличительные качества волевых процессов детей с нарушением интеллекта. Умственно отсталые дети предпочитают в работе легкий путь, не требующий волевых усилий. Именно поэтому в их деятельности часто наблюдается подражание и импульсивные поступки. Из-за непосильности предъявляемых требований у некоторых учащихся с отклонениями в интеллектуальном развитии развиваются негативизм и упрямство. Все эти особенности психических процессов умственно отсталых воспитанников влияют на характер протекания их деятельности.

Отмечая несформированность навыков учебной деятельности у детей с интеллектуальным недоразвитием, следует констатировать у них недоразвитие целенаправленности деятельности, трудности самостоятельного планирования собственной деятельности. Умственно отсталые дети приступают к работе без необходимой предшествующей ориентировки в ней, не руководствуются конечной целью. В результате в ходе работы они часто уходят от правильно

начатого выполнения действия, соскальзывают на действия, производимые ранее, причем переносят их в неизменном виде, не учитывая того, что имеют дело с другим заданием. Этот уход от поставленной цели наблюдается при возникновении трудностей. Умственно отсталые дети не соотносят получаемые результаты с задачей, которая была перед ними поставлена, а потому не могут правильно оценить ее решение. Некритичность к своей работе также является особенностью деятельности этих детей.

Все отмеченные особенности психической деятельности умственно отсталых детей носят стойкий характер, поскольку являются результатом органического поражения на разных этапах развития (генетические, внутриутробные, постнатальные). Однако при правильно организованном врачебно-педагогическом воздействии отмечается положительная динамика в развитии детей данной категории.

При обучении умственно отсталых детей в общеобразовательной школе необходимо руководствоваться специальными образовательными программами:

Программы подготовительного и 1-4 классов коррекционных образовательных учреждений VIII вида. Под ред. В.В. Воронковой, М., Просвещение, 1999 (2003, 2007, 2009).

Программы специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений VIII вида. 5-9 классы. Сборник 1, 2. Под ред. В.В. Воронковой. М., Владос, 2000 (2005, 2009).

Внутри образовательного учреждения, в котором обучаются дети с особенностями в развитии, всем ходом интегрированного образовательного процесса руководит школьный психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк). Он же осуществляет необходимую корректировку общеобразовательных маршрутов обучающихся с интеллектуальным недоразвитием, если в этом возникает необходимость. Кроме того, члены ПМПк рекомендуют посещение занятий дополнительного образования, контролируют результативность обучения и психолого-педагогического сопровождения.

При совместном обучении нормально развивающихся детей и детей с особенностями психофизического развития учителю важно одинаково понимать и принимать всех учащихся, учитывать их индивидуальные особенности. В каждом ребенке необходимо видеть личность, которая способна воспитываться и развиваться.

На уроках педагогу необходимо создавать такие условия, чтобы дети могли контактировать друг с другом, ученики класса в равной мере должны быть вовлечены в коллективную деятельность, каждый школьник по мере своих способностей должен быть включен в общий учебно-воспитательный процесс.

Позитивного результата во взаимоотношениях школьников в условиях интегрированного обучения можно достичь только при продуманной системной

работе, составными частями которой являются формирование положительного отношения к учащимся с особенностями психофизического развития и расширение опыта продуктивного общения с ними.

Учителя и специалисты ПМПк составляют календарно-тематическое планирование таким образом, чтобы на одном уроке дети разных уровней развития изучали одну и ту же тему, но информация, получаемая учеником, была адекватна его личной образовательной программе.

Обучение по специальным (коррекционным) программам для детей с нарушением интеллекта на первой образовательной ступени осуществляется по предметам «Чтение и развитие речи», «Письмо и развитие речи», «Математика», «Развитие устной речи на основе изучения предметов и явлений окружающей действительности», «Трудовое обучение». Все эти предметы легко интегрируются с общеобразовательными предметами, предусмотренными некоррекционными программами. Это позволяет всем детям посещать одни и те же уроки.

На второй ступени сложнее выстроить подобную систему работы, так как в соответствии с программами для детей с нарушением интеллекта (С(К)ОУ VIII вида) не предусмотрено изучение предметов «Иностранный язык», «Химия», «Физика» в 5-9 классах. Учебные предметы, которые не предусмотрены специальной (коррекционной) программой для детей с нарушением интеллекта, учащиеся с особенностями в развитии не посещают. В это учебное время умственно отсталым школьникам рекомендуется посещение уроков трудового обучения в условиях других классов.

Урок в классе, где обучаются совместно обычные школьники и школьники с особенностями в развитии, должен быть отличным от уроков в классах, где обучаются равные по способностям к обучению воспитанники.

Приведем пример структурной организации урока в общеобразовательном классе, где осуществляется совместное обучение детей с нарушением интеллекта (таблица 1).

Ход урока зависит от того, насколько соприкасаются темы в программах обучения детей с разными образовательными потребностями, какой этап обучения берется за основу (изложение нового материала, закрепление пройденного, контроль за знаниями и умениями). Если на уроке изучается разный программный материал и совместная работа невозможна, то в этом случае он выстраивается по структуре уроков малокомплектных школ: учитель сначала объясняет новый материал по типовым государственным программам, а учащиеся с нарушением интеллекта выполняют самостоятельную работу, направленную на закрепление ранее изученного. Затем для закрепления нового материала учитель дает классу самостоятельную работу, а в это время занимается с группой учащихся с особенностями в развитии: проводит анализ

выполненного задания, оказывает индивидуальную помощь, дает дополнительное объяснение и уточняет задания, объясняет новый материал. Такое чередование деятельности учителя общеобразовательного класса продолжается в течение всего урока.

При обучении учеников с нарушением интеллекта в общеобразовательном классе учитель нуждается в адресном дидактическом обеспечении урока и учебного процесса в целом. Обеспечение учебниками и учебными пособиями учеников и учителей ложится на администрацию школы, которая приобретает комплекты учебников по запросу учителей.

Нормы оценок по математике, письменных работ по русскому языку по программе VIII вида даны в таблицах 2, 3.

Умственно отсталые учащиеся могут посещать различные занятия системы дополнительного образования. Чтобы процессы адаптации и социализации протекали успешно, выбирать направление дополнительного образования для умственно отсталых детей необходимо с учетом возрастных и индивидуальных возможностей, пожеланий ребенка и его родителей. Выбор того или иного кружка, секции должен быть добровольным, отвечать интересам и внутренним потребностям ребенка, но при этом необходимо учитывать рекомендации психоневролога и педиатра. В случае, если ребенок изъявляет желание посещать кружок (секцию), связанный с физическими нагрузками, то желательно иметь справку медицинского учреждения, где врач записывает, что данному ребенку не противопоказаны занятия в данном кружке.

Большую роль в коррекционной работе играет семья, в которой ребенок воспитывается и влиянию которой постоянно подвергается. В выстраивании позитивных внутрисемейных отношений весьма роль учителя, специалистов ПМПк. Они помогают формировать у родителей адекватное восприятие собственного ребенка, следят за тем, чтобы в семье складывались доброжелательные детско-родительские отношения, помогают устанавливать разнообразные социальные связи и соблюдать требования, принятые в общеобразовательной школе. Создание условий для саморазвития каждого ребенка невозможно без желания и умения учителей проектировать его развитие и обучение, позволяющее каждому ученику быть успешным.

В конце обучения (9 класс) умственно отсталые дети сдают один экзамен по трудовому обучению и получают свидетельство установленного образца.

Структура урока при внутренней дифференциации

Этапы урока	Методы и приемы	Организация работы по общеобразовательной программе	Организация работы по программе для С(К)ОУ VIII вида
Оргмомент	Словесный (слово учителя)	Общий	Общий
Проверка домашнего задания	Словесный (беседа), практический (работа с учебником, по карточке)	Фронтальный опрос. Проверка и взаимопроверка	Индивидуальная проверка
Повторение изученного материала	Словесный (беседа), практический (работа с учебником, по карточке)	Беседа, письменное и устное выполнение упражнений	Работа по карточкам
Подготовка к восприятию нового материала	Словесный (беседа)	Беседа	Беседа по вопросам, соответствующим уровню развития детей, обучающихся по данной программе
Изучение нового материала	Словесный (беседа), практический (работа с учебником, по карточке)	Объяснение нового материала	Объяснение нового материала (обязательно с опорой на наглядность, работой над алгоритмом выполнения задания)
Закрепление	Словесный	Выполнение	Работа над

изученного	(беседа), практический (работа с учебником, по карточке)	упражнений. Проверка	усвоением нового материала (работа по алгоритму). Выполнение упражнений по учебнику, работа по карточкам
Итог урока	Словесный (беседа)	Общий	Общий
Инструктаж по выполнению домашнего задания	Словесный	Уровень домашнего задания для детей с нормальным интеллектом	Уровень домашнего задания для детей с нарушением интеллекта

Таблица 2

Нормы оценок по математике (VIII вид, 1-4 класс)

Отметка	Оценивание
«5»	Нет ошибок
«4»	2-3 негрубые ошибки
«3»	Решены простые задачи, но не решена составная или решена одна из двух составных задач, хотя и с негрубыми ошибками, правильно выполнена большая часть других заданий
«2»	Выполнено не менее половины заданий, не решена задача
«1»	Не выполнены задания
Примечание	Негрубыми ошибками считаются: ошибки, допущенные в процессе списывания числовых данных (искажение, замена); ошибки, допущенные в процессе списывания знаков арифметических действий; нарушение в формировании вопроса (ответа) задачи; нарушение правильности расположения записей, чертежей; небольшая неточность в измерении и черчении

**Критерии оценивания письменных работ учащихся начальной школы
(VIII вид, 1-4 класс)**

Отметка	Оценивание
«5»	Нет ошибок
«4»	1-3 ошибки
«3»	4-5 ошибок
«2»	6-8 ошибок
«1»	Более 8 ошибок
Примечание	За одну ошибку в письменной работе считаются: все исправления, повторение ошибок в одном и том же слове, две пунктуационные ошибки. За ошибку не считаются: ошибки на те разделы программы, которые не изучались (такие орфограммы предварительно оговариваются с учащимися, выписывается трудное слово на карточке), единичный случай пропуска точки в предложении, замены одного слова без искажения смысла

Методические пособия:

1. Аксенова А.К. Методика обучения русскому языку в специальной (коррекционной) школе. М.: Владос, 2000.
2. Аксенова А.К., Якубовская Э.В. Дидактические игры на уроках русского языка в 1-4 классах вспомогательной школы. М.: Просвещение, 1991.
3. Воронкова В.В. Обучение грамоте и правописанию в 1-4 классах вспомогательной школы. М.: Просвещение, 1993.
4. Воронкова В.В. Уроки русского языка во 2 классе специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида. М.: Владос, 2003.
5. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе /Под ред. В.В. Воронковой. М., 1994.
6. Groshenkov I.A. Занятия изобразительным искусством в специальной (коррекционной) школе VIII вида. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.
7. Девяткова Т.А., Кочетова Л.Л., Петрикова А.Г., Платонова Н.М., Щербакова А.М. Социально-бытовая ориентировка в в специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях VIII вида. М.: Владос, 2003.
8. Екжанова Е.А., Резникова Е.В. Основы интегрированного обучения. М.: Дрофа, 2008.

9. Кисова В.В., Конева И.А. Практикум по специальной психологии. СПб.: Речь, 2006.
10. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М., 2003.
11. Новая модель обучения в специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях VIII вида/ Под ред. А.М. Щербаковой. Кн.1,2. М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2001.
12. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе / Под ред. В.В. Воронковой. М.: Школа-Пресс, 1994.
13. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников. М., 2002.
14. Перова М.Н. Методика обучения элементам геометрии в специальной (коррекционной) школе VIII вида. М.: Классик Стиль, 2005.
15. Перова М.Н, методика преподавания математики в специальной (коррекционной) школе VIII вида. М.: Владос, 2001.
16. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. М., 2000.
17. Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе. М.: Учебная литература, 1997.
18. Щербакова А.М. Воспитание ребенка с нарушениями развития. М., 2002.
19. Эк В.В. Обучение математике учащихся младших классов вспомогательной школы. М.: Просвещение, 1990.

Раздел 5. СОВЕТЫ РОДИТЕЛЯМ ПО ВОСПИТАНИЮ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СЕМЬЕ

Появление в семье ребенка-инвалида резко меняет сложившуюся семейную ситуацию. Чем тяжелее степень интеллектуальной недостаточности ребенка, тем в большей степени он приковывает к себе родителей, других членов семьи. Помимо медицинского ухода и бытовой помощи, умственно отсталый ребенок нуждается еще в воспитании и обучении.

Особая роль в воспитании и обучении умственно отсталого ребенка, формировании его как личности, принадлежит семье. Родители и другие близкие родственники, постоянно общаясь с ребенком, являются его первыми и главными воспитателями. Именно от них ребенок получает первые представления об окружающем мире, человеческих отношениях, приобретает различные умения и навыки. В связи с этим родители нуждаются в овладении хотя бы элементарными педагогическими знаниями.

Хорошо известно, что тесный эмоциональный контакт с матерью, начиная с первых дней жизни, ее ласка и забота, являются залогом полноценного психического развития любого ребенка. Эти первые эмоциональные отношения обогащаются в процессе возрастного развития, претерпевают глубокие изменения и служат необходимой основой для возникновения впоследствии более сложных социальных чувств. Подобный контакт играет большую роль и в интеллектуальном развитии ребенка.

Если соответствующие интеллектуальные и эмоциональные качества по тем или иным причинам не получают должного развития в раннем детстве, то в дальнейшем преодоление такого рода недостатков, как показывают многочисленные факты, оказывается делом трудным, а подчас и невозможным. Наглядным тому примером может служить судьба выпускников детских домов. Став взрослыми, эти, в общем, здоровые и полноценные люди, зачастую с трудом приспособляются к жизни, имеют целый комплекс серьезных психологических проблем. Они испытывают сложности в общении с окружающими людьми, с трудом принимают определенные социальные нормы и приобретают новые знания, часто имеют неадекватную самооценку.

Развитие умственно отсталых детей в целом идет по тем же законам, что и здоровых, с той лишь разницей, что эти дети обладают значительно меньшими компенсаторными возможностями для адаптации к окружающему миру. Поэтому роль семьи в воспитании такого ребенка представляется еще более значительной.

Учитывая особенности умственно отсталого ребенка, можно сказать, что обычно процесс воспитания бывает очень нелегким, требует от родителей огромного терпения, оптимизма, умения радоваться даже самым незначительным достижениям.

Прежде всего, умственно отсталый ребенок должен чувствовать, что близкие люди его любят и понимают, не считают хуже других детей, всегда готовы придти на помощь. Такое отношение формирует у ребенка чувство безопасности, доброжелательное отношение к окружающим, стремление вступать с ними в контакт, помогает ему раскрыть и реализовать свои потенциальные способности. Разумеется, речь не идет о необходимости баловать ребенка, во всем ему потакать. Напротив, разумная твердость и требования, соизмеримые с возможностями ребенка, должны стать одним из главных принципов воспитания. Родители должны также постоянно помнить, что их основная задача - всемерное развитие инициативы и самостоятельности ребенка. Необходимо поощрять каждую попытку ребенка что-то сделать самому. Родители должны проявлять выдержку и терпение и никогда не делать за ребенка то, что он уже может сделать сам.

Для более полноценного развития ребенка родители должны стараться обеспечить ему максимальную широту социальных контактов. Жизнь такого ребенка не должна замыкаться только в кругу своей семьи и в специализированных учреждениях. Он должен как и здоровые дети ходить в гости, посещать детские праздники, различные представления, спортивные мероприятия и по мере возможности в них участвовать. Родители и другие родственники должны помнить о необходимости организации общения ребенка со здоровыми сверстниками. Это могут быть дети их друзей, соседей, двоюродные братья и сестры и т.д. Следует помнить, что отношение к умственно отсталому ребенку здоровых детей в первую очередь определяется отношением взрослых. Если взрослые люди, прежде всего родители, стесняются своего ребенка, то и здоровые дети начинают относиться к нему как к пренебрежением, отказываются с ним играть, могут проявлять агрессию. Здоровым детям необходимо объяснять, что умственно отсталый ребенок не хуже других детей, он просто имеет некоторые свои особенности, указывать на его положительные качества. Такой подход может в значительной степени облегчить в дальнейшем социальную адаптацию уже взрослого человека, помочь ему найти свое место в жизни.

Развитие любого ребенка, тем более умственно отсталого, происходит под влиянием обучения, которое организуют взрослые. Система обучения умственно отсталых детей предполагает комплексное воздействие: формирование навыков личной гигиены и самообслуживания, обучение грамоте и трудовое обучение, формирование знаний социально-бытового характера.

В силу ряда особенностей проявления умственной отсталости необходимо как можно раньше включать детей в учебно-воспитательный процесс, поскольку мозг ребенка в раннем возрасте более пластичен, а следовательно, более податлив и «отзывчив» на различного рода педагогические воздействия.

В связи с особенностями психики умственно отсталого ребенка важным условием его развития является также постоянство и непрерывность применяемых

воздействий, многократность повторения выполняемого им задания (движения), закрепление полученного навыка. При перерыве в обучении или его прекращении уже приобретенный ранее навык может распадаться, а «доразвитие» - прекратиться.

Поскольку ребенок, даже посещающий специализированные учреждения, значительную часть времени может проводить в семье, родители должны в это время продолжать работу по его обучению. При этом им необходимо находиться в тесном контакте со специалистами, знать, чему именно обучается ребенок в настоящее время, и стараться поддерживать и закреплять эти умения и навыки в домашних условиях.

Следует помнить, что обучение умственно отсталых детей должно носить, прежде всего, практическую направленность. Это значит, что объем сведений и представлений, запас формируемых навыков и умений должен соответствовать требованиям жизни. При обучении необходимо использовать наглядность, конкретный показ способов выполнения отдельных действий. При обучении детей нельзя ограничиваться только тренировкой отдельных навыков. Выполняемая детьми работа должна быть им понятна, иметь определенную цель и социальную значимость. Например, можно попросить ребенка вымыть посуду после завтрака, чтобы к обеду она была чистой, вынести мусор, чтобы можно было класть в ведро другой мусор, купить хлеба к обеду, т.к. без хлеба не едят и т.д. Часто ребенок без причины отказывается что-либо делать. В таком случае, взрослый может наглядно показать, что если, например, не купить в магазине хлеб, то обед будет невкусным. Такие ситуации, в большинстве случаев, действуют на детей положительно.

В дошкольном и младшем возрасте основное внимание родителей должно быть направлено на формирование навыков личной гигиены и самообслуживания. Детей необходимо приучать чистить зубы, умываться, одеваться и раздеваться, складывать одежду, убирать постель, пользоваться туалетом. Первые попытки выполнять этот сложный для детей объем работы будут очень неловкими, неуклюжими. Иногда у взрослых не хватает терпения дождаться, пока ребенок что-то сделает сам. Но получиться у ребенка может что-то только в том случае, если он многократно повторит отдельные действия, они станут автоматизированными и превратятся в стойкий навык. Это может произойти только в результате длительной тренировки. На первых этапах обучения следует многократно совершать действия вместе с ребенком: взять его руки в свои и вместе с ним чистить зубы, мыть лицо и производить другие действия, постепенно предоставляя ему все больше самостоятельности. Когда ребенок усвоит отдельные действия и порядок их повторения, нужно предоставить ему полную самостоятельность. Пусть очень медленно, неловко и на первых пора очень неаккуратно, но ребенок должен все сделать сам. Помощь родителей будет заключаться в контроле за порядком и завершенностью действия.

Отмечено, что на умственно отсталых детей самым положительным образом влияют ласковый тон и одобрение. Однако, использовать эти формы воздействия на ребенка нужно очень умело. Мягкость общения с ребенком должна сочетаться с требовательностью. Важно довести все начатые с ребенком дела до конца, потом уже поощрить его даже за самый незначительный результат.

Время, когда ребенок находится в семье, должно быть хорошо спланировано. Время подъема после сна необходимо использовать как период закрепления и обучения его навыкам личной гигиены. Показ следует сочетать с объяснениями назначения предметов личной гигиены. Здесь можно рассказать о белье, одежде, познакомить с домашней обувью. Постепенно у ребенка закрепляются навыки и формируются знания о предметах первой необходимости.

Такой же обучающий характер должен носить прием пищи. Ребенка следует учить правильно держать ложку, вилку, кружку, аккуратно есть. Он должен различать первое, второе, третье блюда, знать кухонную и обеденную посуду, ее назначение. Более старших детей необходимо привлекать к сервировке стола, мытью посуды. Пусть вначале ребенок кладет на стол только ложки и вилки, ставит стулья к столу. Таким образом, он приучается к ритуалу приема пищи, знакомится с предметами быта, проявляет заботу о членах семьи, которым раскладывает обеденные приборы. Постепенно круг его обязанностей должен расширяться: ребенку можно доверять полную сервировку стола, мытье посуды. Родители должны знать, что нельзя заполнять день ребенка одними развлечениями, следует предусмотреть чередование различных видов занятий с ребенком: игру, изобразительную деятельность, знакомство с окружающим, посещение зрелищных мероприятий и учреждений социально-бытового назначения.

Особенно много внимания следует уделять игре ребенка. Игра для умственно отсталых детей очень долго остается основной, ведущей деятельностью. Ученые установили, что в процессе игры происходит психическое развитие ребенка: совершенствуются и развиваются интеллектуальные возможности, формируются способность к общению, обогащается социальный опыт. Умственно отсталые дети часто сами не могут организовать игру, это должен сделать взрослый.

В дошкольном возрасте в процессе игры следует использовать игрушки, которые по сути своей являются предметами окружающего нас мира. Детям нужно рассказывать об игрушке, о ее назначении, показать возможность игры с ней. Игрушек не должно быть много. Не следует покупать дорогие игрушки, т.к. дети склонны быстро ломать их. Набор игрушек может быть следующим: две небольшие куклы, которых можно одевать, раздевать, мыть и т.д., набор мебели, посуды, машина с подъемным кузовом, набор животных, мяч, напольный строитель, мозаика.

Часто ребенок не знает, как действовать с игрушкой. Поэтому в процессе игры важно участие взрослого. Например, взяв куклу на руки, вместе с ребенком, взрослый говорит: «Посмотри, какая красивая кукла. Давай дадим ей имя. Какие у нее красивые волосы (гладит по голове), глаза (показывает). Смотри, у куклы есть нос, рот, уши, как у нас. Покажи, где они у тебя, а где у куклы (вместе с ребенком рассматривают лицо). Куклу можно посадить (сажают), поставить (ставят), и т.д. Давай это сделаем вместе». Эти действия необходимо повторить неоднократно. В такой форме надо знакомить детей и с другими игрушками. Речь взрослого должна быть эмоциональной, понятной и доступной детям. Только так можно привлечь внимание и интерес детей. Постепенно нужно переходить от знакомства со значением игрушек к совершению действий с ними.

Постепенно, по мере развития ребенка, характер игры должен меняться: к действиям с предметами присоединяется обыгрывание определенных сюжетов. Например, «Мама готовит обед», «Мама убирает дом». Игра должна сопровождаться речью. Сюжет игры должен быть простым, а сама игра непродолжительной по времени. Игры по определенному сюжету должны повторяться несколько раз.

В более старшем возрасте и в зависимости от интеллекта ребенка игра может еще более усложняться. В процессе игры ребенок может брать на себя определенную роль (например, говорить и действовать за маму, дочку и т.д.). Влияние ролевой игры на психическое развитие ребенка трудно переоценить. Доступна она далеко не всем детям, но обучать этому надо.

Такого же пристального внимания заслуживает изобразительная деятельность детей. К ней относятся: рисование, лепка, работа с мозаикой, простейшее конструирование. В процессе этих видов деятельности развиваются и совершенствуются органы чувств, развивается внимание и моторика, появляется усидчивость, целенаправленность действий. Изобразительная деятельность оказывает влияние на формирование мелких движений рук. Специалисты считают, что через эту деятельность происходит подготовка руки ребенка к письму и ручному труду.

Детям, посещающим школу, родители могут помочь в закреплении полученных знаний по чтению и письму (например, вместе написать письмо бабушке, сосчитать какие-то предметы или деньги).

Важнейшей задачей для родителей является также подготовка детей и подростков к трудовой деятельности. В процессе труда ребенок ощущает свою социальную значимость, сопричастность, вносит свою лепту в общее дело.

Занятость детей хозяйственно-бытовым трудом необходимо расширять. Вначале это может быть лишь уборка своей постели, затем комнаты, других жилых помещений. Дети могут вытирать пыль, подметать и мыть пол, мыть посуду, вытряхивать половики. Их можно научить чистить обувь, одежду, стирать

белье, пришивать пуговицы. Дети более старшего возраста с относительно хорошим интеллектом любят работать с механизмами. Поэтому их необходимо научить пользоваться пылесосом, стиральной машиной, утюгом. Прежде, чем допустить ребенка к пользованию электроприборами, необходимо проработать с ним правила пользования и технику безопасности. Когда ребенок усвоит правила пользования прибором, он самостоятельно, но под контролем взрослого действует с ним.

Родителям следует помнить, что жизнь детей, а позднее и взрослых умственно отсталых будет проходить в коллективе сверстников и в общении с чужими людьми, поэтому необходимо формировать у детей чувство товарищества, доброжелательного отношения к людям. Одним из средств нравственного воспитания является собственный пример родителей, их отношение друг к другу, к родным, близким. Умственно отсталые дети хорошо подражают взрослым в манере поведения, копируя их мимику и жесты. На конкретных делах детям нужно показывать примеры взаимной выручки, дружбы, проявления заботы. Показательной и убедительной формой нравственного воспитания является также проведение семейных праздников, подготовка к ним, проявление заботы и внимания к близким. Посильное участие в этих мероприятиях должен принимать и ребенок.

По мере взросления ребенка большое место в воспитательной работе должно занимать формирование социального опыта. В зависимости от интеллектуальных возможностей детей он будет неодинаков. Прежде всего, необходимо научить детей правилам поведения в общественных местах: в транспорте, в магазине, на улице и т.д. Дети должны знать правила уличного движения, правила проезда на городском транспорте, выполнять соответствующие требования. Иногда дети не используют эти знания в жизни, во всем полагаясь на родителей. Между тем, умение самостоятельно ездить на городском транспорте является одной из предпосылок более успешной социальной адаптации в дальнейшем.

Детей следует знакомить с учреждениями социально-бытового назначения, прежде всего с различными магазинами - продовольственными и промтоварными, их отделами. Следует объяснить им назначение этих магазинов, учить совершать покупки. Многие из умственно отсталых детей способны совершать покупки самостоятельно. Сначала ребенок совершает покупки вместе со взрослым. Приучать его к этому нужно постепенно, многократно повторяя одни и те же действия. Сначала ребенок может лишь подавать чек продавцу и просить подать ему покупку. Затем он учится выбивать чек в кассе. Следует помнить, что начинать надо с одной вещи, стоимость которой доступна пониманию ребенка. Постепенно ребенок приучается осуществлять покупку вместе со взрослым, с помощью взрослого и, наконец, самостоятельно.

Опыт показывает, что став взрослыми, некоторые молодые люди с умеренной умственной отсталостью на заработанные деньги покупают одежду, украшения, пластинки и т.д. Те, кто не обучен этому, вынуждены прибегать к помощи товарищей. Много внимания требует обучение детей зданию достоинства денег. Обучать этому следует как можно раньше. Подростки уже должны знать достоинство денежных ассигнаций. Детей надо обучать знанию стоимости самых простых предметов быта и первой необходимости. Они должны знать, что деньги можно разменять, а при покупке следует получить сдачу.

Подростков с легкой и умеренной степенью умственной отсталости необходимо по возможности учить планировать семейный бюджет, совершать покупки разнообразных предметов бытового назначения. Не следует забывать и о дальнейшем формировании навыков самообслуживания. Подростки должны уметь не только правильно, но и красиво одеваться. Их нужно учить пользоваться каждым видом одежды в зависимости от времени года, погоды. Подростки должны тщательно следить за своей одеждой, правильно хранить ее, стирать, гладить. Им следует прививать умение нарядно одеться, соблюдать простейшие сочетания цветов в одежде. Подростки должны следить за чистотой тела, вовремя стричься. Особое место должны занимать обстоятельные беседы с девушками-подростками о личной гигиене с показом соответствующих процедур.

Таким образом, родители, обладая определенными знаниями, могут очень многое сделать для своего ребенка, помочь ему адаптироваться в жизни. Дети, которые проходят школу жизни вместе с родителями, имеют больше возможностей для своего развития. Поэтому чем больше усилий приложено родителями к воспитанию и обучению умственно отсталого ребенка, тем более благоприятной будет его судьба.

Советы касаются по существу роли родителей в воспитании детей вообще. Особенности состоят в том, что работа родителей умственно отсталого ребенка в отличие от работы родителей здоровых детей носит целенаправленный, неотступный характер, повседневный и последовательный, она должна начинаться как можно раньше и продолжаться всю жизнь.

Список литературы:

1. Методическое пособие по обучению и воспитанию детей-инвалидов с умеренной и выраженной умственной отсталостью в условиях семьи / Составитель к.п.н., доцент кафедры олигофренопедагогики МГГУ им. М.А.Шолохова Исаева Т.Н.

ГЛОССАРИЙ

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ – (англ. mental retardation) - стойкое, необратимое нарушение психического развития, в первую очередь интеллектуального, обусловленного недостаточностью ц. н. с. У о. имеет разную этиологию (причины).

ОЛИГОФРЕНИЯ (oligophreniae: греч. oligos малый + phrēn — ум, разум) – группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, характеризующихся врожденным или рано приобретенным (в первые три года жизни) слабоумием, которое выражается в недоразвитии психики, преимущественно интеллекта, и отсутствием прогрессивности. т.е. прогрессирующего нарастания дефекта личности.

ДЕБИЛЬНОСТЬ — самая легкая форма умственной отсталости, характеризующаяся значительным снижением способности к абстрактному мышлению и обобщению при сохранности моторики.

ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ – это умственная отсталость (олигофрения) средней степени тяжести.

ИДИОТИЯ – это крайняя степень умственной отсталости (олигофрении), самая тяжелая ее степень.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - это стойкое нарушение познавательной деятельности. Раннее органическое поражение центральной нервной системы приводит в большинстве случаев к грубому недоразвитию речи и всех её функций у детей с проблемами интеллектуального развития.

ИНДЕКС ИНКЛЮЗИВНОСТИ ДЛЯ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Определение инклюзивного образования

Инклюзивное образование – это «обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей» [Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Российская газета. Федеральный выпуск. 2012. №5976. 31 декабря].

В понимании сущности и предназначения инклюзивного образования мы ориентируемся на определение ЮНЕСКО: «В понятие «инклюзия» необходимо включать способы интеграции культурного, политического, расового, этнического, полового и языкового разнообразия» [Итоги 48-ой сессии Международной конференции по образованию на тему: «Инклюзивное образование: путь в будущее». 25-28 ноября 2008 г.].

В данном определении ключевое слово – «разнообразие». С этой точки зрения все дети (и взрослые) разнообразны, не похожи друг на друга и имеют какие-либо различия. В этом ракурсе инклюзивное образование означает полную адаптацию учебно-воспитательного процесса к каждому обучающемуся с учетом специфики разнообразия, отличительных возможностей каждой отдельно взятой личности.

При оценке инклюзивного образования мы рекомендуем опираться на более широкое его понимание, в русле общих приоритетов образования и тенденций развития.

Принципы инклюзивного образования

1. Равно ценить всех обучающихся и сотрудников.
2. Расширять участие обучающихся в культурных, учебных и общественных делах образовательных организаций, снижать «исключенность» учащихся из этих сфер деятельности.
3. Провести реструктуризацию культуры, политики и практики в организациях с целью организации обучения всех категорий учащихся.
4. Снизить барьеры на пути к обучению и к участию в делах организации всех обучающихся, не только для тех, кто имеет ограничения в состоянии здоровья или для тех, кто отнесен к категории «имеющих особые образовательные потребности».
5. Стремиться снизить барьеры у «особенных» учащихся в обучении и в участии в делах организации, чтобы в дальнейшем достичь изменений для всех обучающихся в более широком смысле.

6. Различия между обучающимися следует рассматривать как различия интеллектуальных и материальных ресурсов, необходимых для их обучения.

7. Признавать право обучающихся на получение образования по месту жительства.

8. Совершенствовать образовательные организации как для сотрудников, так и для обучающихся.

9. Усиливать значимость инклюзивного образования в создании инклюзивного общества и в развитии инклюзивных ценностей.

10. Содействовать взаимной поддержке отношений между образовательными организациями и общественностью.

11. Признавать, что инклюзия – «включение в образование» является одним из аспектов интеграции личности в общество.

Реализация этих принципов является обязательной для всех сотрудников инклюзивной образовательной организации.

Измерение инклюзивности

В мировой практике рассматривается три параметра инклюзивности:

- А. Создание инклюзивной культуры;
- В. Проведение инклюзивной политики;
- С. Развитие инклюзивных практик.

Параметр А: Создание инклюзивной культуры.

А1: Создание сообщества равных людей.

А2: Признание инклюзивных ценностей.

Параметр В: Проведение инклюзивной политики.

В1: Оказание поддержки всем категориям обучающихся.

В2: Управленческая политика организации.

Параметр С: Развитие инклюзивной практики.

С1: Организация процесса обучения.

С2: Мобилизация ресурсов.

Параметр А: Создание инклюзивной культуры.

А1: Построение сообщества равных людей.

Показатели

1. Каждый осознает с радостью, что он принят в образовательное сообщество данной местности.
2. Обучающиеся помогают друг другу.
3. Все работники организации сотрудничают друг с другом.
4. Сотрудники и обучающиеся относятся друг к другу с уважением.
5. Существуют партнерские отношения между сотрудниками и родителями/опекунами обучающихся.
6. Сотрудники и руководители образовательной организации работают слаженно.
7. Общественность также участвует в жизни образовательной организации.

А2: Определение инклюзивных ценностей.

Показатели

1. Школа развивает инклюзивные ценности.
2. Сотрудники, руководство школы, обучающиеся и родители/опекуны разделяют «философию включения», т.е. инклюзии.
3. Всех обучающихся ценят одинаково.
4. Сотрудники и обучающиеся относятся друг к другу по-доброму, уважая другого, признавая его суверенность, человеческое достоинство; относясь как к субъектам, занимающим определенную социальную роль в обществе.
5. Сотрудники стремятся устранить барьеры на пути к обучению учащихся и к их участию во всех делах образовательной организации.
6. Школа стремится искоренить дискриминацию обучающихся.
7. Школа поощряет ненасильственное взаимодействие и разрешение конфликтов.
8. Школа способствует укреплению здоровья детей и взрослых.

Параметр В: Проведение инклюзивной политики.

В1: Оказание поддержки всем категориям обучающихся.

Показатели

1. Координируются все формы поддержки и реабилитации обучающихся.
2. Деятельность в области развития персонала помогает сотрудникам отвечать потребностям «разных» обучающихся.
3. Политика в области «особых образовательных потребностей» - это политика в области «инклюзии»

4. Кодекс работы с детьми с особыми образовательными потребностями используется с целью уменьшения барьеров в обучении и участии в делах организации всех обучающихся.

5. Поддержка тех, кто изучает русский и родные языки, осуществляется регулярно.

6. Политика в области оказания благотворительности и помощи семьям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, имеет положительные результаты.

7. Отсутствуют барьеры к поступлению в образовательную организацию детей из незащищенных слоев населения.

В2: Управленческая политика организации.

Показатели

1. Назначение сотрудников и их продвижение осуществляется справедливо.

2. Всем новым сотрудникам оказывается помощь в процессе освоения профессиональных задач.

3. Здание образовательной организации оборудовано таким образом, чтобы все обучающиеся имели физический доступ ко всем ресурсам образовательной организации.

4. Всем новым обучающимся оказывается помощь в процессе адаптации к образовательной организации.

5. Проявляется уважительное отношение ко всем национальностям и религиозным взглядам.

6. Профессиональное саморазвитие помогает педагогам справляться с профессиональными задачами обучения различных категорий детей.

Параметр С: Развитие инклюзивной практики.

С.1. Организация процесса обучения.

Показатели

1. При планировании учебно-воспитательного процесса учитывается необходимость обучения и научения всех обучающихся.

2. Занятия вдохновляют всех обучающихся на активное участие и проявление личностных качеств.

3. Обучающиеся активно вовлечены в процесс самообучения и самообразования.

4. Обучение осуществляется в сотрудничестве.

5. Оценивание обучающихся способствует формированию навыков самооценки.

6. Дисциплина в классе основана на взаимоуважении.

7. Учителя планируют, обучают и проводят анализ достижений детей в сотрудничестве.

8. Учителя заботятся о том, чтобы поддерживать участие в делах организации всех обучающихся.

9. Домашние задания способствуют самообразованию обучающихся.

10. Все обучающиеся принимают участие во внеклассных мероприятиях.

С.2. Мобилизация ресурсов.

Показатели

1. Различия между обучающимися являются различиями между интеллектуальными и материальными ресурсами, необходимыми для обучения.

2. Компетентность сотрудников (знание и опыт) используется полностью.

3. Сотрудники разрабатывают ресурсы для поддержания обучения и участия в делах образовательной организации всех обучающихся.

4. Образовательные ресурсы являются открытыми.

5. Материальные и образовательные ресурсы распределяются для всех обучающихся честно и справедливо.

Готовность педагогов реализовывать инклюзивную культуру и инклюзивную практику

В реализации инклюзивного образования главная роль принадлежит педагогу. Его профессиональная компетентность и гуманные человеческие качества являются гарантом создания инклюзивной образовательной среды. Специальная подготовка педагогов для работы в инклюзивных образовательных организациях является одним из основных условий эффективности системы, наряду с созданием доступной среды и материально-технических основ инклюзивного образования.

Предлагаем оценить по 10-балльной шкале следующие качества педагогов, занятых в инклюзивной образовательной организации.

1. Личные качества:

- гуманизм;
- толерантность;
- любовь к детям и к людям;
- общая культура;
- терпеливость;
- сдержанность;
- коммуникабельность.

2. Профессиональная компетентность и профессиональные качества:

- владение научными основами своего предмета (предметов);

- владение технологиями обучения и воспитания;
- коммуникативная компетентность;
- умение налаживать контакты с коллегами;
- умение находить и реализовывать индивидуальные маршруты обучения и воспитания всех, в том числе, «особых» обучающихся;
- умение устанавливать доверительные отношения с семьями обучающихся, в том числе, с семьями «особых обучающихся»;
- перманентное самообразование;
- общественная активность;
- убежденность в высокой значимости своей профессии;
- творческий подход к любому виду деятельности.

3. Особые (фасилитаторские) качества:

- умение быть «рядом и вместе» с каждым;
- быстрое реагирование на проблемы обучающихся, оказание помощи в их решении;
- проявление веры в успех всех и каждого.

Обобщение полученных данных по всем показателям, анализ сильных и слабых сторон позволят выявить, в какой степени образовательная организация по содержанию своей деятельности является инклюзивной и отвечает социальной потребности общества.

Учебное издание

Серия «Педагогика и психология инклюзивного образования»

ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ИНКЛЮЗИВНОЙ ГРУППЕ

Ахметова Дания Загриевна
Горынина Вера Сергеевна
Орлов Григорий Владимирович
Митрофанов Иван Александрович

Методическое пособие

Редактор *Н.А. Паранина*
Технический редактор *Г.Г. Заринова*
Дизайнер *Е.Н. Морозова*

Подписано в печать 02.02.15. Формат 60x84 1/16
Гарнитура Усл. печ. 7,8 л. Уч.-изд. 5,13 л.
Тираж 500 экз. Заказ № 11.



Издательство «Познание»
420111, г. Казань, ул. Московская, 42.
Тел. (843)231-92-90, e-mail: zaharova@ieml.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии
Института экономики, управления и права (г. Казань)
420108, г. Казань, ул. Зайцева, 17.