### Введение

Выявление детей с отклонениями в развитии, их дифференциальная диагностика, педагогической практики, где применение психологических диагностических методик не только является желательным или происходит эпизодически (например, в исследовательских целях), но совершенно необходимо и осуществляется постоянно, представляя собой повседневный факт. Они используются при комплексном обследовании детей с целью отбора в специальные школы. Диагностический процесс является кратковременным, но выявление психологических особенностей ребенка на этом этапе лишь начинается. И изучения на всем протяжении его школьного обучения особенно в начальный период, и прежде всего в течение первого года обучения, в который обычно проверяется первоначальный диагноз. Это играет важнейшую роль для педагога-дефектолога в построении программы для дальнейшего обучения ребенка, индивидуализации педагогического подхода, создающего условия для наиболее эффективного использования его возможностей. Однако первоначальная диагностика имеет особое значение, так как именно в процессе отбора при прохождении ребенком медико-педагогической комиссии впервые определяется основной путь его обучения, принимается решение о том, какой тип школы является наиболее подходящим для него.

# Роль педагога - дефектолога

Работа педагога – дефектолога и логопеда занимает исключительно важное место в лечебно - коррекционной работе по реабилитации и реабилитации детей с поражениями нервной системы. Тот и другой специалисты развивают интеллект, речь и другие психические процессы ребенка. Эта работа сочетается с другими звеньями комплексного восстановительного лечения. Врач рекомендует оптимальную индивидуальную терапию, осуществляет медикаментозное лечение, проводит специальные упражнения с целью тренировки артикуляционного аппарата с применением массажа, обучает детей фиксации взора, тренирует подвижность глазных яблок. Основная цель воспитательной работы формирование личности ребенка в коллективе.

Каждый из вновь приобретаемых классов мотивирующих ощущений и образов открывает для ребенка потенциально большие возможности адаптации к окружающей его социальной среде, чего он и достигает подражательным путем, совершенствуя свои операционно-технические функциональные средства

Никакое обучение невозможно, если у ребенка отсутствует соответствующая потребность. Потребность в эмоциональной коммуникации и эмоциональном познании окружающего не является врожденной — она воспитывается в раннем детском возрасте. Генетические программы поведения достаточны лишь для того, чтобы ребенок, как и всякий другой организм, реагируя на комплексы внешних раздражений, мог варьировать свои реакции в зависимости от интенсивности этих раздражений, т.е. в зависимости от их биологической значимости.

Воспитательная работа должна: способствовать проведению лечебной работы и закреплять ее положительные результаты. В процессе специальных занятий педагог-дефектолог развивает у детей восприятие и представления, тренирует память и внимание. В процессе специальных занятий развивается праксис и совершенствуются речевые функции. В результате общих усилий всего персонала лечебного учреждения (больница, санаторий, ясли, детский сад, школа-интернат) преодолевается образовавшаяся у ребенка социально-педагогическая запущенность. Комплексное лечение дает наибольший эффект в случае согласованного осуществления лечебных и педагогических мероприятий. Для этого составляется единый план проведения лечебных процедур, занятий. Все эти мероприятия проводятся в заранее определенной связи и последовательности. Контроль над выполнением всех звеньев лечебно - коррекционных мероприятий должен осуществлять врач. Педагог-дефектолог и логопед должны быть хорошо знакомы со всеми разделами лечения.

#

# Основные диагностические задачи педагога - дефектолога и их актуальность

Определяя природу того или иного вида отсталости ребенка, мы обращаем внимание на позитивные стороны его личности и на этой основе строим воспитательно-коррекционную работу. Значение в дефектологической диагностике качественных новообразований личности, динамических и структурных особенностей развития ребенка, первичных и системных вторичных (третичных) симптомов недоразвития и аномального развития.

Особенно важно соблюдение отмеченных Л.С. Выготским принципов дефектологической диагностики, когда мы имеем дело с последствиями коммуникативно-познавательных аномалий раннего возраста. В этой сравнительно новой для дефектолога диагностической области все упомянутые выше положения имеют исключительно большое значение.

Перечислив основные диагностические задачи, встающие перед дефектологом, когда он заподозрит в основе той или иной типологической формы аномального развития ребенка, недостаточную сформированность коммуникативно-познавательного опыта раннего возраста.

1. Описав несколько периодов, в целом совпадающих с функциональными периодами, выделенными на основании совсем других признаков детализируют, если использовать терминологию Д.Б.Эльконина первую половину эпохи раннего детства. В систематизации Д.Б.Эльконина потребностно-мотивационные новообразования обусловливаются сменой ведущей деятельности ребенка, в нашей же — сменой неосознаваемых им ведущих мотивирующих ощущений и образов, в пределах одной и той же деятельности «непосредственно эмоционального общения». Установление аномалий в периодике раннего возраста составляет первую диагностическую задачу.

2. В развитии каждого возрастного периода отчетливо обнаруживаются две фазы. Формы новых, более совершенных операционно-технических средств эмоциональной выразительности начинают вызревать незаметно и подспудно во второй фазе того или иного периода на фоне интенсификации соответствующей мотивации. Это приводит к расширению объема мотивирующих ощущений и образов и при соответствующих требованиях социальной среды к качественной перестройке субъективных ценностей ребенка. Возникает потребностно-мотивационное новообразование, которое диктует в свою очередь необходимость дальнейшего операционно-технического совершенствования — начинается первая фаза нового периода развития. Цели, поставленной в начале деятельности». Содержание второй Диагностической задачи заключается в установлении того, на какой фазе того или иного периода раннего возраста нарушалось или остановилось коммуникативно-познавательное развитие ребенка и что лежит в основе нарушения: потребностно-мотивационный или операционно-технический дефект или, наконец, недостаточность или неадекватность внешне-средовых воздействий.

3. Каждый шаг в развитии коммуникативно-познавательной потребности связан с относительной интенсификацией мотивационно-активационных усилий ребенка и изменением зоны мотивационно-активационного оптимума. Таким образом, вывод Н.С.Лейтеса о том, что каждый период школьного детства есть качественно своеобразная ступень развития активности ребенка, справедлив и по отношению к периодике раннего детского возраста, что очень важно для патогенетического понимания разных форм аномального детства

Не менее важно для дефектолога и то, что высокая интенсивность коммуникативно-познавательных мотиваций может быть лишь итогом соответствующего развития, условием которого является предварительное падение интенсивности исходных оборонительных мотиваций. Интенсивная оборонительная мотивация сначала снижается, с тем, чтобы могла сформироваться коммуникативно-познавательная мотивация, а затем коммуникативно-познавательная мотивация постепенно интенсифицируется. Установление адекватности мотивационно-активационной стороны возрастным коммуникативно-познавательным задачам ребенка является третьей диагностической задачей.

4. Любое психическое новообразование предполагает своевременное созревание и полноценную активность определенных отделов центральной нервной системы: стволовых подкорковых и корковых. Поэтому четвертая диагностическая задача предполагает увязывание особенностей психического развития ребенка с результатами его неврологического, шире, клинического обследования с привлечением структурно-функциональных неврологических знаний для выяснения перспектив развития и направленности коррекционно-воспитательной работы.

Не все из этих задач могут быть убедительно решены в каждом случае аномального развития, но кажется целесообразным всегда иметь их в виду — и при проведении разовых обследований, и в процессе систематического педагогического взаимодействия с ребенком. Без педагогических фактов, как бы они ни были неполны, нет дефектологической диагностики.

Итак, понимание периодики раннего коммуникативного-познавательного развития и преемственности как самих периодов, так и их фаз позволяет, с одной стороны, лучше понимать патогенез различных аномалий развития у детей дошкольного и школьного возрастов, а с другой стороны, прогнозировать будущий тип аномального развития у детей с коммуникативно-познавательным расстройством раннего возраста.

Понимая патогенез или механизм той или иной формы аномального развития, мы получаем возможность проведения рациональной патогенетически обоснованной коррекционно-воспитательной работы, а делая обоснованные прогнозы аномального развития, мы можем развернуть своевременную профилактическую лечебную и педагогическую работу, которая значительно уменьшит системные последствия коммуникативно-познавательных расстройств раннего возраста

#

# Возрастные нормативы эмоционального коммуникативно познавательного развития

Внешние проявления потребностно-мотивационных и операционно технических новообразований образуют в совокупности определенные возрастные симптомо комплексы, выявляя которые диагност-дефектолог и судит о своевременном или задержанном (шире — аномальном) развитии обследуемого. Однако останавливаться в дефектологической диагностике на выявлении возрастных симптомо-комплексов нельзя. Необходимо от изучения симптомо -комплексов перейти к изучению процессов развития, обнаруживающих себя в этих симптомах .Только вскрытие за внешней феноменологией внутренних причинных, патогенетических, или, как их называл Л.С. Выготский, каузально-генетических, связей может помочь квалификации того или иного возрастного симптомокомплекса в качестве патологического.

Первым шагом на пути такой квалификации становится оценка возрастной нормативности или ненормативности выявленных симптомокомплексов, что уже принципиально невозможно без понимания закономерностей развития. Термин «нормативный» обозначает, по Л.С. Выготскому, тот тип психологии, который систематически вырабатывает объективные стандарты и описательные формулировки для сравнительной оценки умственных способностей и возможностей...

Наличие в распоряжении диагноста эталонного или нормативного представления о структуре и динамике диагностицируемого явления или процесса является предпосылкой постановки любого диагноза. Диагностика аномального развития предполагает знание нормативных закономерностей соматического, сенсомоторного и психического развития ребенка.

В таблице 1 представлены некоторые нормативы коммуникативно-познавательного развития ребенка раннего возраста, как они нам рисуются на основе наших исследований его звуковых эмоционально-выразительных реакций.

Таблица 1. Нормативные звуковые симптомо - комплексы детей раннего возраста в соответствии с потребностно - мотивационными нормативами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Периоды и их фаз | Ведущий источник мотивирующих ощущений и образов | Психические новообразования ребенка |
| Потребностно-мотивационная сфера ребенка | Операционно-техническая сфера ребенка (звуковые комплексы эмоциональной выразительности) |
| I Период младенческих криков (0—2—3 мес.) | I  | Дискомфортные состояния | Оборонительная (защитная) потребность | Интенсивные младенческие крики как одно из выражений врожденных программ оборонительного поведения |
| II | Дискомфортные и комфортные состояния, в частности связанная с ними интенсивность аутослуховых комплексов | Потребность в эмоциональном взаимодействии с матерью с «заражением» эмоцией той же интенсивности и переживанием аналогичного своего собственного эмоционального состояния | Крики сниженной интенсивности — первоначальные звуки коммуникативно-познавательного типа — гукание и гуление |
| II Период гуления (2—3 мес— 5—6 мес.) | I | Эмоциональном поведение матери, в частности тембр гласных звуков ее речи | Потребность в эмоциональном взаимодействии с матерью с «заражением» эмоцией той же качественной специфики и переживанием аналогичного своего собственного эмоциональном состояния.  | Подражательное гуление с воспроизведением в нем характерных для эмоциональной русской речи вокализаций |
| II | Эмоциональном поведение матери, в частности тембр гласных звуков в слоговых структурах меняющейся звучности | Та же потребность повышенной интенсивности | Подражательное гуление с воспроизведением в нем характерных для эмоциональной русской речи вокализаций в структуре первоначальных лепетных сегментов меняющейся звучности |
| III Период раннего лепета (5—6 мес.— 9—10 мес.) | I | Эмоциональное поведение матери и замещающих ее лиц («своих взрослых»), в частности меняющаяся звучность слоговых единиц их речи | Потребность в эмоциональное взаимодействии с матерью и замещающими ее лицами («своими взрослыми») с отражением их эмоциональное отношения к себе | Подражательный лепет с воспроизведением в нем характерных для русской речи сегментов восходящей звучности |
| II | Эмоциональное поведение матери и «своих взрослых», в частности меняющаяся звучность слоговых ритмических структур их речи | Та же потребность повышенной интенсивности | Подражательный лепет с воспроизведением в нем сегментов восходящей звучности в структуре целостных псевдослов |
| IV Период лепетных псевдослов (9—10 мес — 12—14 мес.) | I | Эмоциональное поведение матери и взрослых вообще, в частности ритмическая структура их речи  | Потребность в эмоциональное взаимодействии со взрослыми вообще для отражения их эмоциональное отношения к предметным ситуациям и отдельным объектам этих ситуаций  | Время «рифмованного вздора» с подражательным воспроизведением ребенком характерных для русской речи ритмических структур |
| II | Эмоциональное поведение матери и взрослых вообще, в частности ритмическая структура мелодических единиц их речи | Та же потребность повышенной интенсивности | Подражательное воспроизведение ритмических структур русской речи в структуре целостных псевдосинтагм |
| V Период позднего мелодического лепета (12—14 мес— 18—20 мес.) | I  | Эмоциональное поведение окружающих ребенка взрослых и детей, в частности мелодика их речи | Потребность в эмоциональное взаимодействии с окружающими взрослыми и детьми для отражения их эмоциональное отношения к взаимосвязям между коммуникантами, коммуникантами и объектами предметных ситуаций, объектами предметных ситуаций между собой  | Поздний мелодический лепет с подражательным воспроизведением лепетных псевдо синтагм |
| II | Эмоциональное поведение окружающих ребенка взрослых и детей, в частности мелодика структурных частей | Та же потребность повышенной интенсивности | Поздний мелодический лепет с подражательным воспроизведением нескольких псевдо синтагм в структуре единого высказывания |

Каждый новый период в развитии ребенка, естественно, означает функциональное созревание определенных мозговых структур, от обсуждения природы которых мы в данном пособии воздержимся. Каждая созревающая функциональная подсистема мозга начинает функционировать во вторую фазу уже завершающегося периода на фоне максимально интенсивных для этого периода мотивационных и, следовательно, активационных усилий индивида. Но расцвет соответствующих функциональных подсистем мозга наступает в первой фазе каждого следующего периода, когда социальные воздействия среды приведут к усложнению потребностно-мотивационной сферы ребенка и он сконцентрирует все свои бессознательные адаптивные усилия на операционно-техническом освоении соответствующих коммуникативно-познавательных средств. В таком постоянном опосредовании биологических факторов развития факторами социальными, и наоборот, и раскрывается источник самодвижения процесса детского развития в целом.

Обратив внимание на размерность или объем эмоционально-выразительных звуковых комплексов различных иерархических уровней. С каждым уровнем их размерность возрастает: лепетные сегменты восходящей звучности «больше» вокализаций, псевдослова «больше» лепетных сегментов, а псевдосинтагмы «больше» псевдослов. Единица каждого последующего уровня как бы вбирает в себя единицу предшествующего и за этот счет расширяется сама.

То же самое можно сказать и относительно значений этих единиц. Вокализации выражают, эмоциональное состояние самого издающего их коммуниканта; сегменты восходящей звучности — эмоциональное отношение данного коммуниканта к его партнеру; псевдослова — эмоциональное отношение того, кто говорит, к предметной ситуации и ее отдельным компонентам, а псевдосинтагмы — эмоциональное отношение того, кто говорит, к существующим между компонентами коммуникативно-познавательной ситуации взаимосвязям (между самими коммуникантами, коммуникантами и ее предметными компонентами, между предметными компонентами друг с другом).

Для наглядности сказанного сопоставив эмоционально-выразительные звуковые комплексы разных иерархических уровней, при этом учтем их субъективно-ценностные характеристики

Учет внутрисистемных связей в пределах одной и той же субъективно-ценностной зоны способствует решению диагностических и прогностических задач в дефектологии.

Практическую значимость этого утверждения можно продемонстрировать на следующем примере.

Алеша А. 3 г. Медицинский диагноз: хромосомная аномалия типа синдрома Рубинстайна-Тейби.

Родился в срок, закричал сразу, но развивался с резким отставанием от возрастных норм. Известно, что стал, ходить лишь в 1 г. 9 мес. Всегда был чрезмерно возбудим, боялся всего, часто становился агрессивным и злобным. В таких состояниях резко кричал, швырял предметы, бил и кусал окружающих. Играть не умеет, игрушки ломает, книжки рвет. Речевое развитие при нормальном слухе резко нарушено. С периода новорожденности много кричит и плачет. Голос громкий и резкий. Гуления и лепета не было. В возрасте около двух лет стал издавать резкие вокализации и свистеть. Элементарную бытовую речь понимает, но сам не говорит. Лишь на третьем году появились первые слова (мама, папа, баба), которые произносятся в присутствии данного лица. В общении со старшим братом замечено подобие лепетных цепочек из сегментов: па, ма и ба и, возможно, некоторых других звуков.

При осмотре констатируются множественные пороки развития: клюквовидный нос, антимонголоидный разрез глаз, большие частично открытые ноздри, длинные узкие ушные раковины, «карпий рот», с высоким, готическим нёбом, рост зубов в два ряда, высокое отхождение большого пальца на руках и частичная синдактилия на ногах, короткая широкая стопа, грыжа белой линии живота, вальгусная установка стоп. (Ряд аналогичных пороков развития наблюдается и у матери ребенка.) Неврологически отмечается недостаточность стволово-подкорковых отделов мозга в виде сложного косоглазия, гипомимии, гипотонии, статической атаксии и интенционного тремора пальцев рук.

Алеша вступает в контакт только на короткий отрезок времени, почти не улыбается, все время насторожен, боится оторваться от матери, дает резкую ориентировочную реакцию оборонительного типа на появление людей, любые звуки, предлагаемые игрушки. Легко становится агрессивным и тогда кричит, ломает и бросает все попавшееся под руку. Отдельные движения и двигательные акты стереотипно повторяет. Удается установить, что ребенок понимает название отдельных предметов и в наглядной ситуации выполняет инструкции типа: «Принеси... дай... покажи...» В эмоциональном общении с матерью мальчик начинает гулить: произносит плавные гласно подобные звуки, наиболее близкие по тембру к А. По просьбе матери издает отрывистые с твердым приступом вокализации А-тембра. Великолепно свистит, издавая такие же, как и вокализации, короткие и резкие свисты.

Другой пример: Володя у него детский церебральный паралич на почве родовой травмы, двусторонний спастико-атктико-гиперкинитический синдром с анатрией. В этих диагнозах отсутствует то, что Выготский Л.С. называл центральным, узловым и определяющим пунктом дефектологичего диагноза в них не указан патогенез или механизм симптомообразования наблюдающихся у детей сложных двигательных синдромов с анатрией, который объясняет связь симптомокомплекса с этиологическим моментом –родовой травмой.

Понятно, что в появившемся гулении тоже преобладают выражающие эмоции высокой субъективной ценности А-тембры. Высокая субъективная ценность вокализаций ребенка подчеркивается наличием в них твердого приступа. Гласные корреляты вокализаций только этой же зоны и с таким же твердым приступом ребенок начинает произносить произвольно, из А-слогов построены первые слова ребенка. Бедность произвольных звуковых реакций дополняется свистами, которые следует причислить к звукам той же зоны высокой субъективной ценности.

Следовательно, патогенез аномального развития ребенка связан с патологически высоким и инертным врожденным оборонительным рефлексом, который в процессе нормального развития подавляется на протяжении первых месяцев жизни в эмоциональном общении с матерью. Высокая субъективная ценность постоянно переживаемых ребенком функциональных состояний предопределила как задержку коммуникативно-познавательного развития в целом, так и его развитие в пределах только этой зоны: для криков ребенка характерны преимущественные

А-тембры и резкие шумовые звуки типа дисфонации; для гуления — вокализации преимущественно

А-тембра с твердым приступом; для лепета — плохо выраженные короткие цепи А-сегментов восходящей звучности и, наконец,

А-слоги в составе единичных первых слов.

Ясно, что успех коррекционно-воспитательной работы будет зависеть от того, в какой мере и как скоро удастся подавить оборонительную установку ребенка на внешнюю среду и воспитать у него коммуникативно-познавательные мотивы.

Имея в виду всю совокупность эмоционально-выразительных единиц, приобретаемую в раннем детском возрасте, со всеми их внутрисистемными горизонтальными и вертикальными функциональными связями, мы получаем последовательные срезы спиралевидной иерархической структуры. Каждый следующий иерархический срез и тем самым виток спирали есть результат более интенсивной адаптивно целесообразной мотивации коммуникативно-познавательного поведения и потому более интенсивного его энергообеспечения. Ясно, что эти общие положения, находя конкретное воплощение в нормативных закономерностях раннего детского развития, имеют прямое отношение к творческому патогенетическому истолкованию выявленных диагностом возрастных симптома комплексов.

#

# Освоения формы и содержания поведенческих актов

Важнейшей диагностической задачей для дефектологии на этапе развития является установление патогенетических корней коммуникативно-познавательного языкового недоразвития аномальных детей дошкольного и младшего школьного возраста, а также обоснованное прогнозирование перспектив языкового развития детей раннего и дошкольного возраста, уже имеющих известные аномалии эмоциональной коммуникации и эмоционального познания мира.

В каждом периоде зона ближайшего развития потребностно - мотивационных состояний подготавливается в процессе операционно-технического обогащения предшествующего коммуникативно-познавательного поведения, и наоборот. При этом «...в содружестве, под руководством, с помощью ребенок всегда может сделать больше и решить труднейшие задачи, чем самостоятельно».

А.В.Запорожец (1978) писал, что дети обнаруживают повышенную чувствительность не ко всем, а определенного рода воздействиям воспитательного и учебного характера; наиболее эффективно они овладевают не любыми, а лишь определенного рода содержаниями и определенными способами деятельности.

Можно полагать, что повышенная чувствительность ребенка к определенным эмоционально-выразительным типам знаковых воздействий в те или иные периоды раннего развития связана с созреванием соответствующих нервных структур и накоплением готовых к употреблению энергетических ресурсов. Но эти актуальные анатомо-физиологические предпосылки зоны ближайшего развития претворяются в действительность, во-первых, только в процессе эмоционального взаимодействия со взрослыми и, во-вторых, только подвергаясь при этом непрерывному социально обусловленному структурированию. Вне эмоционального общения с взрослым возможности сенситивных периодов раннего онтогенеза могут оказаться невосполнимо утерянными, а активность соответствующих нервных структур останется социально нерегламентированной. Следовательно, имея в виду формирование как эмоционально-выразительных предпосылок родного языка, так и самих функциональных единиц этого языка, мы имеем право сказать, что «...научиться речи вне общественной жизни так же нельзя, как нельзя, стоя на берегу, научиться плавать»

Воздействия социальной среды в процессе преобразования эмоционально-выразительных знаковых средств в фонетические формы родного языка затормаживают, как и в предшествующем постнатальном онтогенезе, избыточные функциональные возможности, оставляя и подкрепляя лишь те из них, которые оказываются необходимыми формирующейся личности для адаптации к конкретным условиям.

Этот процесс обучающего ограничения и в то же время дифференциации внутренних возможностей был много раз прослежен на примере освоения ребенком фонематического строя родного языка. Неоднократно внимание исследователей привлекалось к тому, как ребенок, произносивший с легкостью самые разнообразные гласной согласно подобные звуки в периоде гуления и лепета, осваивает затем на протяжении всего дошкольного детства фонемный состав родного языка и потом уже никаких других звуков произносить не может без специального, подчас изнурительного обучения.

Проведенное нейро-психопаралингвистическое исследование звуковых реакций детей раннего возраста дает основание говорить о том, что в этом возрасте «слова» ребенка еще не совпадают со словами взрослого даже в их предметной отнесенности, они лишь имеют одну и ту же построенную субъективную ценность, на базе чего формируется в наглядной предметной ситуации индикативная или номинативная функция слова. Соответственно эмоционально-выразительные вокализации, сегменты меняющейся звучности и псевдослова превращаются в «слова-предложения», обладающие уже элементарной языковой функцией предметного соотнесения. Важнейшим стимулом в речевом развитии является, как известно, общение ребенка со взрослым. В этом общении исключительно важны вопросительные обращения к ребенку. Вопрос «оказывается сильнейшим двигателем, помогающим ребенку ориентироваться в сложной обстановке окружающего, уяснить сложную для него систему отношений между окружающими людьми и эмоционального общения», или, как нам кажется правильнее говорить, в деятельности эмоциональной коммуникации и эмоционального познания внешнего мира. Пять периодов раннего возраста в целом совпадают с функциональными периодами, описываемыми микроневропатологами по нейросоматическим, сенсорно-моторным и психомоторным признакам. По этим данным, в основе этих периодов лежит смена неосознаваемых ребенком ведущих сенсорных комплексных ощущений и образов, мотивирующих его деятельность.

# Обучение и воспитание детей со сложным дефектом

К детям со сложным дефектом относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью (умственная отсталость, олигофрения).

В настоящее время выделяются группы детей со сложным дефектом:

- умственно отсталые глухие или слабослышащие;

- умственно отсталые слабовидящие или слепые (частично-видящие);

- слепоглухонемые;

- глухие слабослышащие.

В дефектологической практике встречаются также дети со множественными дефектами – умственно отсталые слепоглухие, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушением органов слуха или зрения.

Нередко в школах для слабовидящих детей, особенно в начальных классах, выявляются дети с задержкой психического развития, которых подчас можно отнести к слабовидящим, олигофренам и которые также нуждаются в комплексном изучении, специальных методических подходах в обучении.

Процесс обучения значительно усложняется, когда дело качается ребёнка со сложным дефектом. Сложный дефект – это не просто сумма двух (а иногда и более) дефектов; он является качественно своеобразным и имеет свою структуру, отличную от составляющих сложный дефект аномалии.

Обследование любого аномального ребёнка, обследование ребёнка со сложным дефектом носит комплексный характер и является клинико-психолого-педагогическим обследованием. В нем принимают участие дефектологи, психологи, физиологи, психиатры, врачи-специалисты.

Клиническое изучение умственно отсталых детей с нарушениями зрения позволило выявить в этиологии этого дефекта ряд структурных закономерностей, характерных для сложных аномалий развития (наследственно обусловленные; поражение плода во внутриутробный период; постнатальные менингиты и менингоэнцефалиты).

Сложность и особенность обучения этих детей заключается в следующем.Слепые дети при правильно организованном специальном обучении достаточно успешно уже на ранних годах обучения овладевают точечно-рельефным штрихом, что, в свою очередь, позволяет им успешно овладеть чтением, грамотой, письмом и счетом. У умственно отсталых слепых этот процесс проходит далеко не так успешно и занимает значительно больше времени. Это объясняется рядом причин. Во-первых, в силу органического поражения центральной нервной системы компенсаторные возможности умственно отсталого ребёнка значительно снижены и механизмы тактильного и слухового анализаторов без специальной работы в компенсаторную деятельность не включаются. Во-вторых. Для формирования представлений, понятий и, наконец, обобщений на уровне слова при обучении нормально видящих умственно отсталых широко используются средства наглядности, а при обучении интеллектуально полноценных слепых – слово и специальные тифлографические усвоения учебной информации требуется достаточно высокий уровень абстрактного мышления, анализа и обобщения. А именно эти психические функции и нарушены у умственно отсталых в первую очередь.

К категории детей со сложным дефектом относятся и слепоглухонемые дети. К ней относятся дети, не только полностью лишенные зрения, слуха и речи, но и с частичным поражением слуха и зрения: слепые с такой потерей слуха, которая препятствует усвоению речи на слух, и глухие с такой потерей зрения, которая препятствует зрительной ориентировке. Особенностью этих детей является то, что в силу биологического дефекта они практически полностью лишены возможности получать информацию об окружающем по естественным каналам и без специально организованного обучения не развиваются интеллектуально. Вместе с тем потенциально слепоглухонемые дети обладают возможностью полноценного интеллектуального развития. При этом у слепоглухонемого ребёнка создаются и развиваются все усложняющиеся формы общения – от элементарных жестов (воспринимаемых с помощью осязания) до словесной речи. Это позволяет слепоглухонемым детям успешно овладевать программой средней школы, а некоторым из них и оканчивать высшие учебные заведения.

Наличие у детей грубой сенсорной (снижение слуха или зрения) и умственной недостаточности, а также патология двигательной сферы, наблюдающейся при детских церебральных параличах, нередко приводит к недоразвитию всех компонентов речи, имеющему во всех случаях своеобразную этиопатогенетическую обусловленность и специфические проявления и требующему дифференцированных методов коррекционного воздействия. Логопедическое воздействие может эффективно использоваться в работе со слабослышащими (тугоухими) детьми, имеющими частичное снижение слуха.

Формирование звукопроизношения у слабослышащих протекает со значительным отклонениями от нормы из-за неполноценности речеслухового анализатора, который не способен в необходимой степени осуществлять свою «ведущую роль» в отношении речедвигательного анализатора, Не имея возможности воспринять тот или иной звук речи на слух или отдифференцировать его от сходных звуков, ребёнок не может самостоятельно овладеть и правильной его артикуляцией. Кроме того, у слабослышащих детей могут быть нарушения в строении и функционировании речедвигательного анализатора, что также может обусловливать у них дефектов произношения звуков

#

# Принцип реабилитации детей с задержкой речевого развития

Чрезвычайно важно осуществлять лечебно коррекционную работу в отношении детей с той или иной речевой патологией. Как правило, речевая патология сопровождается различными неврологическими нарушениями. Особенно часто речевая патология отмечается при детских параличах.

Следует помнить, что вся психолого-педагогическая работа с детьми, имеющими речевую патологию, должна проводиться на фоне положительного настроения больных. Необходимо, чтобы больные были максимально активны и заинтересованы в устранении речевых дефектов.

Следует использовать зрительный контроль с помощью зеркала, особенно при работе над артикуляционной моторикой. Восстановительная речевая терапия должна проводиться в тесном единстве с общими лечебно-восстановительными мероприятиями. Развитие манипулятивной деятельности рук и формирование речи идут параллельно друг другу. Это следует учитывать во время проведения лечебно-педагогической работы с детьми. При выраженности у детей с двигательными нарушениями дизартрий занятия по развитию речи следует включать упражнения направленные на регуляцию голосообразования и дыхания, на тренировку в произнесении губных звуков и дефференцировку часто смешиваемых звуков ( свистящих и шипящих). Важное значение имеет осмысление детьми сложных логика-граматических конструкций: в связи с этим детям можно предлагать воспроизводить доступный им речевой материал. Необходимо воспитывать слуховое внимание, умение осмысленно воспринимать озвученный речевой материал. Важное значение имеет развитие фонематического слуха. При выраженности двигательных нарушениях ( особенно при церебральных параличах) важное значение в процессе развития речи должно придаваться подавлению патологической рефлекторной активности. В целях подавления патологической активности речевой мускулатуры нужно осуществлять поэтапное ( как в норме) формирование доречевой и речевой деятельности.

Необходимость соблюдать это требование становиться особенно настоятельной, когда речь идет о проведении логопедической работы с детьми первых двух лет жизни. Так например, при проведении логопедических занятий со страдающим псевдобульбарным параличом ребенка. Необходимо позаботиться о формировании функции кусать и жевать. Кроме того надо обеспечить обособление дыхательных движений и голосовых реакций от общей мышечной активности. Вместе с тем следует стимулировать и развивать звуковую коммуникацию. Важно вызвать у ребенка те или иные звуки гуления и на основе врожденных подражательных реакций придать этим звукам многообразную интонационную выразительность. Стимуляция коммуникативной голосовой и речевой активности является одной из важнейших задач на всех этапах развития больного ребенка. Одним из важных факторов, задерживающих речевое развитие и интеллектуальное развитие детей с врожденными и приобретенными в раннем возрасте поражениями нервной системы, сочетающимися с двигательными нарушениями, является сравнительно позднее становление выпрямляющих рефлексов. В связи с этим больной ребенок оказывается лишенным возможности удерживать голову, сидеть, стоять и ходить. Это, в свою очередь, еще более препятсвует нормальному дыханию, голосообразованию, движениям речевой мускулатуры, искажает и замедляет развитие высших корковых фукций гнозиса, праксиа имеющих непосредственное отношение к формирование речи. В связи со сказанным, развитие речи и интеллекта ребенка следует осуществлять в тесном единстве с занятиями лечебной физкультуре, направленными на развитие выпрямляющих рефлексов, а так же опорной, хватательной и манипулятивной деятельности рук. Педагог-дефектолог и логопед должны постоянно сопоставлять темпы моторного и речевого развития ребенка и следить, чтобы моторная нагрузка в речевой деятельности была адекватной. Анатомическая близость корковых зон иннервация речевых мышц и мышц рук (особенно кисти и большого пальца) и большая роль ручной доминантности в формировании полушарной доминантности вызывают необходимость развивать функциональные возможности правой руки.

Это будет способствовать функциональному и анатомическому созреванию корковых отделов двигательного анализатора и речи.

Одновременно логопед, по необходимости, проводит работу по исправлению недостатков произношения, расширению словарного запаса, совершенствованию грамматического строя, развитию способности правильно и последовательно излагать свои мысли и желания.

Не меньшее значение имеет и другая сторона логопедической работы – воспитание гармонично развитой личности. Основная задача – устранение у детей Логопедическая работа начинается с психолого-педагогического изучения ребёнка. Оно определяет выбор средств и приёмов до начала и в процессе этой работы, позволяет оценить её результативность и дать рекомендации после окончания.

Логопедические занятия являются основной формой логопедической работы, т.к. наиболее полно выражают непосредственное коррекционно-воспитательное воздействие на ребенка (прямое логопедическое воздействие). Все другие формы работы логопеда составляют систему косвенного логопедического воздействия, т.к. по сути, они способствуют, дополняют или закрепляют результаты прямого логопедического воздействия.

Логопедические занятия проводятся как с группой детей, так и индивидуально. Но для тренировки речевого общения и воспитания правильных навыков поведения ребёнка в коллективе, преимущественной формой являются групповые занятия.

Индивидуальные занятия проводятся в виде дополнительных упражнений по коррекции неправильного произношения, беседы психотерапевтического характера и т.д. Логопедические занятия должны, прежде всего, отражать основные задачи коррекционно-воспитательного воздействия на речь и личность ребёнка.

Важным требованием к логопедическим занятиям является учёт основных дидактических принципов: быть регулярными, систематическими и последовательными; проводиться в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребёнка; опираться на сознательность и активность детей; быть оборудованными необходимыми пособиями, наглядными и техническими средствами обучения; содействовать прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.

Педагогическая работа состоит из нескольких разделов:

1. Воспитание двигательных функций.
2. Воспитание навыков.
3. Воспитание речи.
4. Социальное приспособление.

Не меньшее значение авторы придают развитию личностных качеств.

Большое внимание уделяется подготовке к школе. Включает не только подготовку к письму, но и развитие речи, слухового восприятия, ритма, зрительного внимания и памяти.

Авторы рекомендуют тренировать раскрашивание, штрихование, перемещение руки в нужном направлении, проводить работу в определенных границах, с трафаретами.

# Заключение

Специальные приемы и средства педагогического воздействия.. могут строиться только на основе научного понимания ребенка. Главное что действительное культивирование педагогических назначений, вытекающих из богатого, содержательного научного клинического изучения ребенка, приведет к небывалому расцвету всей лечебной педагогики, всей системы индивидуально-педагогических мероприятий. (Л.С.Выготский)

Важной задачей является коррекционно-воспитательная работа с аномальными детьми.

Описание и изучение общих закономерностей развития раннего детского возраста невозможно с позиций той или иной частной научной дисциплины (физиологии, психологии, неврологии, лингвистики и пр.) в силу неизбежной односторонности каждой такой позиции. Это сделать невозможно даже с комплексных позиций нескольких естественнонаучных или нескольких гуманитарных дисциплин. Ведь биологический организм ребенка с первых дней жизни развивается в социальной среде, адаптируясь не только к физико-химическим, но и к социальным условиям внешней среды.

Так как для дефектолога понимание специфики мотивирующих ощущений и образов разной степени сложности и логики их преемственного развития составляет основу коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми, то очевидна необходимость дальнейших целенаправленных исследований в этом направлении, прежде всего психолого-педагогического плана. Имея в виду эту задачу. Можно выделить пять типов мотивирующих ощущений и образов возрастающей сложности, связанных с интенсификацией соответствующих активационных усилий ребенка. Существенно, что мотивация даже самых элементарных из них предполагает торможение мотиваций оборонительного характера. В этом отношении нейро- психопа - ралингвистические данные подтверждают имеющиеся в литературе положения о том, что в основе всякой коррекционно-воспитательной работы, направленной на выработку коммуникативно-познавательных условнорефлекторных комплексов, должно лежать устранение имеющихся у ребенка напряженности и настороженности и установление с ним эмоционально положительного контакта. Создавая у ребенка состояния умеренной субъективной ценности, педагог получает оптимальные условия для целенаправленного воспитания у него коммуникативно-познавательных мотивирующих ощущений и образов.

Так как усложнение коммуникативно-познавательной деятельности ребенка связано с расширением зоны мотивационного оптимума и с возрастанием уровня активационных усилий, то педагог может повышать учебные требования к ребенку только тогда, когда он воспитал у него соответствующую потребность в их освоений и когда эта потребность обеспечена энергетически. Последнее означает, что внутренние органы детского организма соответственно развиты и функционируют нормально. В противном случае возникают условия для формирования реакций оборонительного типа с неизбежным торможением у ребенка не только уже освоенных коммуникативно-познавательных сноровок и навыков, но и коммуникативно-познавательного интереса вообще.

В том числе дефектологическая практика заставляет подойти осознанно к воспитательной работе с аномальными детьми. В другой части показано , что коммуникативно-познавательные аномалии раннего детского возраста имеют значение в механизмах симптомообразования самых разных типологических форм аномального детства. Поэтому для коррекционной педагогической работы с соответствующими группами детей разных возрастов необходимо сознательно осуществлять те обучающие воздействия, которые производит мать на ребенка первого-второго года жизни интуитивно.

Отчасти именно поэтому используя результаты нейро - психопаралингвистических исследований,и таблицу некоторых коммуникативно-познавательных нормативов . Усовершенствование этой таблицы и насыщение ее результатами исследования звуковых и прочих компонентов эмоционально-выразительных реакций ребенка раннего возраста должно способствовать, не только диагностической, но и коррекционно-воспитательной работе дефектолога.

 Направленность такой работы связана естественным образом с диагностируемой аномалией развития.

Типология аномалий развития раннего возраста еще мало разработана. В настоящее время еще стоит задача о многообразие таких типологических форм и значимость их в патогенезе привычных форм аномального детства. Противоположный по характеру, но такой же глобальный тип аномального развития можно усматривать в патогенезе олигофрении . Более избирательные формы аномалий развития раннего возраста имеют отношение к патогенезу алалии и ранней детской тугоухости. Первой из них страдают преимущественно коммуникативные средства ребенка, в том числе связанные с процессом начального опосредования эмоциональных средств коммуникации. При второй первичный дефект слухового и связанного с ним тактильно-кинестетического анализатора мозга имеет зонный характер .

Для того чтобы облегчить дефектологу понимание этого раздела, были предложены таблица: таблица используется в процессе обсуждения вопросов диагностики. Посмотрев , с точки зрения задач коррекционной педагогики.

В свое время лингвистическое учение о фонеме, будучи перенесенным на почву дефектологии, стало основой целого цикла методических пособий по обучению устной речи, чтению и письму детей с аномальным развитием. Сегодня возможна не менее продуктивная методическая перспектива в связи с освоением дефектологами нейропсихо - лингвистических закономерностей. Методист-дефектолог может руководствоваться табл. ставя перед собой задачу формирования или коррекции у ребенка всех фонетических единиц речи или части из них. Табл. может быть полезна при продумывании более широких методических планов.

Имея в виду, что фонемы обслуживают функцию различения значений слов и морфем, т. е., другими словами, что они обеспечивают сигнификативную функцию языковых единиц, можно говорить о том, что в сегодняшней науке уже накопилось достаточно данных для дальнейшего развития самого учения о фонематическом слухе. Эта важнейшая для дефектологии методическая перспектива заслуживает конкретных нейрофонетических пояснений.

Выявленные нейропсихолингвистические закономерности должны иметь определенное преломление и в клинике аномального развития. Здесь умение дифференцировать расстройства речевого слухового гнозиса и фонематические расстройства имеет особое значение, поскольку в детском возрасте очаговая недостаточность мозга не только обусловливает некий дефект психических функций ребенка, но и ведет к вторичным задержкам его психического развития. Диагностика недостаточно сформированного речевого слухового гнозиса обращает внимание логопеда на развитие у ребенка паралингвистических предпосылок фонетических единиц языка: на формирование и дифференциацию слогов, ритмических слоговых структур, их автоматизацию в ситуационно обусловленной речи; лишь потом логопед переходит к выработке фонематических языковых противопоставлений, необходимых для внеситуационной контекстной речи, чтения и письма. Наличие первично обусловленных фонематических расстройств на фоне сохранной эмоциональной и ситуационно-обусловленной речи позволяет сразу приступить к выработке фонематических противопоставлений сначала на материале устной контекстной, а потом и письменной речи. При наличии патогенетических сложных расстройств речи логопедическая методика с самого начала должна быть многоплановой с сочетанием в ней принципиально различных методических приемов в зависимости от структуры речевого дефекта и особенностей личности

Поэтому любые педагогические коррекционно-воспитательные рекомендации должны быть согласованы с врачебными советами, учитывающими наследственные факторы и соматическое состояние ребенка, особенности поражения его центральной нервной системы и своеобразие его высшей нервной деятельности. В таком медико-педагогическом подходе к аномальному ребенку залог успеха как диагностической, так и коррекционно-воспитательной работы с ним.

Во многих работах по дефектологии и специальной педагогике, коррекцию, как правило, связывают чаще всего с развитием ребенка. Это обоснованно, поскольку она нацелена на исправление вторичных отклонений в развитии аномальных детей. Но когда говорят о коррекционной – педагогической работе, то она не может выделяться из триединой схемы образования: обучение, воспитание, развитие.

# Список использованной литературы

1. Бадалян Л.О.,-Невропатология.-2еизд.М.-просвещение 1987

# Винарская.Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. - М.: Просвещение, 1987

1. Григоренко Е.л. Генетические факторы, влияющие на развитие девиатных форм поведения.-Дефектология,-1996
2. Лебединский В.В Нарушение психического развития в детском возрасте. 2003
3. УшаковГ.К. Детская психиатрия.-М.,1973
4. Выготский.Л.С. Мышление и речь. Изд. 5, испр. — Издательство Лабиринт, М., 1999. — 352 с.