

УДК 376.43

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА**¹Сюй-фу-шун Н.В., ²Боброва В.В., ²Олексюк З.Я.**¹*КГУ «Психоневрологическое медико-социальное учреждение для детей Карагандинской области», Караганда, e-mail: nathalie_sfs@mail.ru;*²*Карагандинский государственный университет им. академика Е.А. Букетова, Караганда, e-mail: valya_nina@mail.ru*

В статье обобщаются результаты исследований об особенностях социализации детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта. Развитие детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта с раннего возраста отличается от развития их нормально развивающихся сверстников. Такие дети отличаются вялостью, отстают в психомоторном развитии, у них недостаточная реакция на происходящее вокруг. В дальнейшем проявления недоразвития в моторной, познавательной и эмоционально-волевой сфере лишь нарастают, обуславливая своеобразие их познавательной деятельности и личности. Процесс социализации протекает в трех сферах: деятельность, общение, самосознание. Однако игровая, бытовая и трудовая деятельность у детей с тяжелыми нарушениями интеллекта не формируются без целенаправленной коррекционно-развивающей работы, что оказывает существенное влияние на процесс социализации. У детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта проявляются значительные затруднения в общении. Вербальный компонент общения у данной категории детей нарушен вследствие выраженного недоразвития речи, причем степень его нарушения обычно соответствует степени нарушения интеллекта. Нарушения невербального компонента общения проявляются в сниженной потребности в общении, затруднениях в выражении собственных эмоций и распознавании эмоций окружающих. Свообразие познавательной сферы и личности воспитанников психоневрологических стационаров в значительной мере обусловлены своеобразием социальной среды, внутри которой развиваются, так как психоневрологический стационар как среда социализации имеет свою специфику, что проявляется в поверхностности общения, суженности сферы жизнедеятельности и обедненности индивидуального опыта воспитанников. Таким образом, при социализации детей младшего школьного возраста с тяжелой степенью нарушения интеллекта – воспитанников психоневрологического стационара необходимо учитывать: специфику психоневрологического стационара как среды социализации, степень нарушения как вербального, так и невербального компонента общения, недоразвитие эмоциональной сферы, несформированность игровой, бытовой и трудовой деятельности, уровень психической активности, разнородность и различный темп развития, необходимость комплексного подхода к реабилитации данной категории детей.

Ключевые слова: тяжелая степень нарушения интеллекта, социализация, психоневрологический стационар

PROBLEMS OF SOCIALIZATION OF ELEMENTARY SCHOOL AGED CHILDREN WITH SEVERE DEGREE OF MENTILITY DISTURBANCE**¹Syuy-fu-shun N.V., ²Bobrova V.V., ²Oleksyuk Z.Y.**¹*Psychoneurological medical-social institution for children of Karaganda region, Karaganda, e-mail: nathalie_sfs@mail.ru;*²*Academician E.A. Buketov Karaganda state university, Karaganda, e-mail: valya_nina@mail.ru*

In the article summarized the research results of socialization problems of elementary school aged children with severe degree of mentality disturbance. The development of children with severe degree of mentality disturbance from early age is different from their normally developing coevals. Such children are dullness, lagging behind in psychomotor development; they have insufficient response to what happens around them. In future manifestations of underdevelopment in motor, cognitive and emotional-volitional sphere will be increased and will stipulate for the peculiarities of their cognitive activity and personality. The process of socialization occurs in three areas: activity, communication, consciousness. However, playing, communal and employment activities of children with severe intellectual disabilities are not generated without focused remedial and developmental work that has a significant impact on the process of socialization. Children with severe degree of impairment of intellect have significant difficulties in communication. Such children's verbal component of communication is damaged due to signified underdevelopment speech and the level of disturbance is equal to the degree of mentality disorder. The disturbances of the non-verbal component of communication are manifested in reduced needs in communication, difficulties in expressing own emotions and recognizing the emotions of others. The peculiarities of the cognitive sphere and the personalities of pupils of psychneurological hospitals largely due to the originality of the social environment within they develop. The psychoneurological hospital has own specific as sphere for socialization and it is shown in the superficiality of communication, the contraction of the life activity and impoverished individual experience of the pupils. In such case, during the process of socialization of elementary school aged children with severe degree of mentality disturbance, who are the pupils of psychoneurological hospital, needs to attend: the specification of psychoneurological hospital as the sphere for socialization, the disturbance degree of verbal and non-verbal component of communication, underdevelopment of emotional sphere, aborted playing, communal and employment actions, the level of psychical activity, the diversity and different pace of development, the necessity for comprehensive approach to rehabilitation of these children.

Keywords: severe disorder of intelligence, socialization, neuropsychiatric hospital

В последнее десятилетие в нашей стране происходят существенные изменения в отношении к лицам с ограниченными возможностями развития, отражающие новое понимание мировым сообществом их прав, требующие иного подхода к созданию условий для развития, воспитания и образования данной категории лиц. Целью современной модели специального образования является интеграция в общество человека с особыми образовательными потребностями, что означает процесс и результат предоставления ему прав и реальных возможностей участвовать во всех видах и формах социальной жизни вместе с остальными членами общества в условиях, компенсирующих ему отклонения в развитии и ограничения возможностей. При этом одной из самых актуальных в специальном образовании является проблема воспитания, образования и интеграции в общество детей с интеллектуальными нарушениями, так как нарушения интеллекта занимают первое место по частоте среди причин инвалидности с детства.

Среди детей с нарушениями интеллектуального развития сравнительно малоизученной категорией являются дети с тяжелой степенью нарушения интеллекта. Причиной этому является распространенное вплоть до конца XX в. мнение, что попытки воспитания, обучения и интеграции таких детей в общество являются малоэффективными. Но, начиная с 90-х гг. XX в., вследствие общественно-политических перемен, реформ специального образования, ратификации многочисленных международных конвенций и деклараций в области прав человека (в том числе Конвенции о правах ребенка, Конвенции о правах инвалидов), создания собственной законодательной базы в соответствующей области произошли большие изменения в системе социальной помощи лицам с тяжелой степенью нарушения интеллекта. Так, в Законе «О специальных социальных услугах», принятом 29 декабря 2008 года зафиксировано, что все без исключения дети с интеллектуальными нарушениями, вне зависимости от степени тяжести дефекта, имеют право на гарантированный объем специальных социальных услуг, в том числе социально-педагогические и социально-психологические услуги. Поэтому в настоящее время целью системы специального образования является не поиск критериев для «сортировки» детей на «обучаемых» и «необучаемых», а создание таких коррекционно-образовательных условий, при которых любой ребенок в наиболее полной мере может реализовать свой потенциал, в том числе интеллектуальный.

Переход к активной политике включения детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта в доступную им образовательную среду делает актуальной проблему исследования процесса социализации таких детей в условиях психоневрологического медико-социального учреждения стационарного типа, так как, несмотря на все общественно-политические и социальные перемены, большинство детей с тяжелыми нарушениями интеллекта в Казахстане все еще воспитываются в закрытых психоневрологических стационарах [1, с. 20].

Социализация является предметом исследования философии, психологии, педагогики, социологии и других отраслей научного знания. В широком смысле под социализацией понимается процесс и результат освоения индивидом социального опыта: культуры, знаний, навыков общения, социальных норм, ролей, общественных ценностей, позволяющих ему функционировать как полноправному члену общества. В узком смысле понятие социализации трансформируется в зависимости от цели и предмета исследования конкретной отрасли научного знания и употребляется, например, как усвоение социально приемлемых и одобряемых форм поведения в социальной психологии или включения человека в социальную целостность в социологии, как процесс управления образованием личности в педагогике и т. п.

Проблеме социализации подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью посвящено исследование Л.М. Сафоновой [18, с.159]. Она ввела понятие «жизненной компетентности» в качестве инструмента прогнозирования успешности социализации данной категории лиц. Под «жизненной компетентностью» понимается сформированность основных компонентов, обеспечивающих максимально возможную социальную адаптацию тяжело умственно отсталых подростков и готовность к адекватной самостоятельной деятельности и общению в жизненно значимых ситуациях. Интегральный критерий «жизненная компетентность» позволяет, с одной стороны, оценить результативность реабилитационной работы в целом, с другой – спрогнозировать успешность социальной адаптации подростков с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости после окончания цикла реабилитационных занятий.

Л.М. Сафонова выделяла следующие компоненты, жизненной компетентности: операциональный (сформированность моторики и связанных с ней навыков самообслуживания), коммуникативный (сформированность речи и связанных с ней

коммуникативных навыков) и регулятивно-мыслительный компонент (сформированность навыков самоконтроля и саморегуляции поведения и деятельности).

Катамнестические данные исследования подтвердили высокую прогностическую возможность предложенного интегрального критерия жизненной компетентности подростков с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости в плане оценки успешности их социальной адаптации.

В своем исследовании особенностей социального развития детей-дошкольников с тяжелым нарушением интеллекта, воспитывающихся в условиях детского дома-интерната Е.Н. Третьякова [22, с. 150] выявила взаимовлияние обучаемости и социального развития. Критериями оценки уровня обучаемости являлись восприимчивость помощи, способность к логическому переносу и ориентировочная деятельность ребенка. В качестве критериев социального развития выступали навыки самообслуживания, социальная приспособленность, игровая деятельность, бытовая деятельность, мелкая моторика и подвижность. В результате исследования обнаружилось, что чем выше уровень обучаемости, тем выше уровень социального развития, а также что от уровня обучаемости зависит динамика социального развития. Таким образом, уровень обучаемости позволяет не только определить причины неблагоприятного развития ребенка, но и наметить приоритетные направления коррекционно-развивающей работы.

Социализация включает как социально-контролируемые процессы целенаправленного воздействия на личность (воспитание), так и спонтанные, стихийные процессы, влияющие на её формирование. Результатом социализации является интеграция личности в социальную среду, идентификация личности с социумом. Социализация личности происходит с помощью ряда механизмов социализации. На первоначальном этапе развития ребенка в качестве таковых обычно выделяют привязанность и имитацию. Взаимодействие ребенка со взрослым является базисом социализации. По мере взросления, социальное взаимодействие все усложняется, ребенок вовлекается в новые социальные связи, в дело вступают другие механизмы социализации.

Анализ научно-теоретической литературы показывает, что развитие детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта с раннего возраста отличается от развития их нормально развивающихся сверстников. [10, с. 150; 14, с. 25; 15, с. 44] По мнению большинства авторов, тяжелую степень нарушения интеллекта можно диагностировать уже

на первом году жизни. При нормальном соматическом состоянии и отсутствии аномалий органов чувств такой ребенок отличается от других детей вялостью, сонливостью, отстает в психомоторном развитии. У него недостаточная реакция на внешние раздражители. У детей, которые в дальнейшем демонстрируют тяжелые нарушения психического развития, комплекс оживления и другие эмоционально-мимические и голосовые реакции на окружающие стимулы отсутствуют или проявляются значительно позже, чем у здоровых детей.

Впоследствии ребенок не отличает близких ему членов семьи от посторонних (в 9-12 месяцев), у него слабо выражена или не проявляется ориентировочная реакция на яркие и звучащие игрушки, он не задерживает на них взгляд, не ощупывает их, у него не выражена реакция на новизну, нет познавательных и дифференцированных эмоций. Его мимика невыразительна, улыбка носит подражательный характер и возникает в ответ на любое улыбающееся лицо взрослого. У него не возникает дифференцированная реакция на лицо матери. [15, с. 21; 24, с. 44] Таким образом, можно констатировать, что с самого раннего возраста у детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта базовые механизмы социализации не работают так, как у их нормально развивающихся сверстников, наблюдаются проявления недоразвития в моторной, познавательной и эмоционально-волевой сфере, которые впоследствии лишь нарастают.

При тяжелой степени нарушения интеллекта часто встречается соматическая и неврологическая патология. Среди лиц с выраженными нарушениями интеллекта (от умеренной до глубокой степени умственной отсталости) по сравнению с лицами с легкой степенью нарушения интеллекта более чем в 5 раз чаще встречаются сенсорные нарушения и более чем в 4 раза чаще – судорожные состояния. Психические расстройства среди лиц с нарушениями интеллекта наблюдаются, по меньшей мере, в 3-4 раза выше, чем в общей популяции. [21, с. 54] Л.М. Шипицина отмечала, что при тяжелой умственной отсталости часто встречаются выраженные неврологические патологии: параличи, парезы. У детей данной категории наблюдаются пороки развития скелета, черепа, конечностей, внутренних органов, диспластическое телосложение и т.д. [24, с. 42].

Д.Н. Исаев установил, что даже при отсутствии таких грубых поражений моторики, как параличи и парезы, грубое недоразвитие двигательной сферы среди тяжело умственно отсталых детей встречается в 90-100%, которое проявляется в нарушениях

статических и моторных функций, темпа, координации и точности произвольных движений. [10, с. 150] Дети практически не умеют бегать и прыгать, их движения замедленны, неуклюжи, плохо скоординированы, они не могут удерживать заданную позу. При этом у части детей наблюдается почти полное отсутствие движений, вялость и неловкость, а у другой части – повышенная подвижность, вплоть до двигательной расторможенности.

Как отмечал К.Ю. Крохалев, [13, с. 84] при различных клинических формах умственной отсталости тип двигательной недостаточности неодинаков и зависит от многих факторов: локализации очага поражения, степени поражения премоторных зон, степени поражения интеллекта, степени ограниченности двигательных возможностей и др. Произвольная двигательная функция, с его точки зрения, является результатом сложного взаимодействия между процессами восприятия и элементарными сенсомоторными операциями. Взаимосвязь между синдромами умственной отсталости и недоразвитием определенных структур мозга К.Ю. Крохалев выразил в понятии неврологического дефицита, который возникает вследствие тяжелых заболеваний, связанных с повреждениями спинного, или/и головного мозга и проявляется в недостаточной выраженности физиологических движений, нарушениях чувствительности. Причиной двигательной недостаточности при неврологическом дефиците, с его точки зрения, является недостаточное взаимодействие систем регуляции произвольных и произвольных движений. Эти неврологические и связанные с ними нарушения моторики могут проявляться при разной степени умственной отсталости, но наличие подобных нарушений в группе детей с одной степенью нарушения интеллекта, делает эту группу неоднородной и возникает необходимость в разных подходах в процессе оценки двигательных нарушений и коррекции моторной сферы.

По мнению большинства авторов [10, с. 153; 14, с. 27; 23, с. 7] основные недостатки познавательной деятельности тяжело умственно отсталых детей связаны с недостаточностью их познавательных эмоций. Так, уже в раннем детстве у данной категории детей отмечается недостаточная реакция на происходящее вокруг. В более старшем возрасте слабость ориентировочной реакции приводит к суженному объему внимания и памяти, слабой дифференцированности восприятия.

По мнению А.Р. Маллер и Г.В. Цикото несмотря на то, что среди детей с тяжелыми нарушениями интеллекта шире рас-

пространены различные аномалии органов чувств, чем среди их нормально развивающихся сверстников, у большинства из них анализаторы сохранены и причиной недоразвития сенсорных функций являются не органические повреждения анализаторов, а затруднения в обработке поступившей через них информации. Это подтверждает опыт Г.В. Цикото, в процессе которого дети 6-9 лет успешно различали цвета, когда им предлагалось от 2 до 6 предметов и начинали допускать ошибки при увеличении количества предметов до 10-12. [14, с. 26]

Большинство исследователей характеризует восприятие детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта как глобальное, поверхностное, недифференцированное, замедленное. [10, с. 151; 14, с. 27; 24, с. 49] Дети данной категории хорошо воспринимают лишь знакомые, привычные предметы. Незнакомый предмет не вызывает ориентировочной реакции, необходимой для более точного восприятия и сравнения его с известными объектами. Также поверхностность восприятия проявляется в том, что при воспроизведении узора из мозаики ребенок не анализирует составных частей образца, цвета и т.д. В результате он воспроизводит образец неточно и «не видит» ошибок. В устной речи он не воспринимает разницы между правильным и неправильным произношением звуков, не воспринимает определенные звуки в слове, что приводит к недоразвитию фонематического слуха. [10, с. 152; 14, с. 27] Недостатки целенаправленного восприятия приводят к тому, что деятельность таких детей приобретает хаотичный и неосмысленный характер. [14, с. 27].

С нарушениями восприятия детей с тяжелыми нарушениями интеллекта тесно связаны нарушения их внимания. Д.Н. Исаев и Л.М. Шипицына отмечали малоустойчивость и нецеленаправленность их внимания. [10, с. 151; 24, с. 49] Активное внимание, необходимое для достижения определенной цели, развито слабо. Привлечь их внимание в раннем возрасте можно лишь с помощью ярко выраженных раздражителей, но лишь на короткий срок. А.Р. Маллер и Г.В. Цикото указывали на значительные потенциальные возможности развития внимания данной категории детей. [14, с. 26] Они писали, что при соблюдении специальных условий и проведении коррекционно-развивающей работы уже в конце первого года обучения большинство детей переключаются с одного вида посильной деятельности на другой, проявляют активность на занятиях, выполняют инструкции учителя.

При описании особенностей мнемической деятельности детей с тяжелыми

нарушениями интеллекта Д.Н. Исаев отмечал суженный объем памяти, искажения при воспроизведении запечатленного материала. [10, с. 151] Согласно результатам исследования А.Р. Маллер и Г.В. Цикото, тяжело умственно отсталые дети связанный текст запоминают лучше ряда не связанных между собой слов, что указывает на их способность устанавливать простейшие связи в предложенном тексте, и, в свою очередь, говорит о возможности развития памяти. [14, с. 32].

Большинство авторов характеризуют мышление детей с тяжелыми нарушениями интеллекта как хаотичное, бессистемное, инертное. [10, с. 151; 24, с. 49] Для их мыслительной деятельности характерны тугоподвижность, отсутствие или слабость смысловых связей, трудность в их установлении, узкая конкретность мышления и чрезвычайная затрудненность обобщений. [14, с. 27] В тоже время дети могут установить сходство и различие между отдельными предметами, им доступны элементарные обобщения, но лишь в рамках непосредственного восприятия. Они не могут оперировать отвлеченными понятиями, расположить картинки в правильной последовательности, составить связный рассказ по сюжетной картинке. [10, с. 152; 14, с. 28] С возрастом и в результате обучения у таких детей накапливаются представления и элементарные понятия, мало связанные между собой. Их суждения очень бедны, не самостоятельны и представляют собой повторение заимствованного от окружающих, без переосмысления на основе собственного опыта [14, с. 28].

Для детей с тяжелым нарушением интеллекта характерно неприятие задачи. Они либо отказываются от ее выполнения, либо решают ее бездумно, не замечая и не пытаясь исправить свои ошибки. Ряд исследований выявил, что у тяжело умственно отсталых детей наиболее затруднен первоначальный этап выполнения задания – ориентировочный. [14, с. 29] Дети приступают к выполнению задания сразу, «бездумно», без предварительного осмысления условий, что зачастую приводит их к неудаче. Даже если дети способны выполнять отдельные действия, из которых состоит решение задачи, они не видят взаимосвязи между этими действиями. Их механическое выполнение не приводит к пониманию смысла самой задачи.

А.Р. Маллер и Г.В. Цикото [14, с. 29] проанализировали основные трудности, с которыми сталкиваются тяжело умственно отсталые дети при решении умственных задач: 1) слабое принятие либо неприятие задачи, обусловленное слабой мотивацией,

психическая пассивность; 2) отсутствие ориентировки в задаче; 3) неспособность к осмысленной организации своей деятельности по выполнению задачи, последовательному переходу от одного действия к другому, пониманию взаимосвязи между отдельными действиями, применению адекватных способов решения.

Большинство авторов отмечают наблюдающееся у таких детей глубокое недоразвитие речи. Появление речи у детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта, как правило, значительно запаздывает и отмечается лишь к 6-7 годам. У 20-25% детей речь не возникает и практически не развивается на протяжении нескольких лет (так называемые «безречевые дети»). Отсутствие речи они компенсируют жестами, отдельными звуками, звукосочетаниями, в которые вкладывают определенный смысл и т.д.

Дети младшего возраста плохо понимают чужую речь, улавливая интонации, жесты, мимику и отдельные слова, как правило, связанные с их непосредственными потребностями. Их словарный запас ограничен, экспрессивная речь состоит из отдельных слов и коротких предложений, наблюдаются дефекты произношения, аграмматизмы. В редких случаях наблюдается эхολалическая речь (механически воспроизводимая, не имеющая смысла, не несущая коммуникативной функции речь). Даже в случае расширения словарного запаса по мере взросления, понимание слов ограничено конкретной ситуацией, предметом или даже группой предметов. Без целенаправленной коррекционной работы понимание более общего смысла слова для таких детей остается недоступным. [14, с. 30; 24, с. 106].

Многие исследователи отмечают, что почти у всех детей с тяжелыми нарушениями интеллекта наблюдаются недостатки произношения вследствие аномалий периферического артикуляционного аппарата, недостаточности дыхания и т.д. [10, с. 152; 14, с. 30; 24, с. 102] Л.М. Шипицына также выделяла такую причину недостатков произношения данной категории детей, как несформированность звукового образа слова вследствие недостатков слухового восприятия, ограничения формирования смыслового компонента выразительных средств устной речи [24, с. 104].

Г.В. Гуровец, Л.З. Давидович [4, с. 11] выделяли несколько уровней сенсорных и моторных речевых расстройств в зависимости от степени поражения мозга у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью:

Первый уровень – дети, не понимающие речи посторонних, но воспринимающие

речь близких людей, постоянно ухаживающих за ними;

Второй уровень – дети, воспринимающие речь окружающих в виде отдельных коротких фраз и инструкций;

Третий уровень – дети, воспринимающие бытовую речь, которые могут выполнять инструкции, поддерживать диалог.

С точки зрения Л.М. Шипициной [24, с. 107], развитию речи таких детей препятствуют пассивность, сниженная потребность в обмене информацией, слабый интерес к окружающему. Между увеличением словарного запаса и улучшением активной речи нет прямой зависимости, так как дети не пользуются речью даже тогда, когда знают необходимые слова.

Большинство авторов отмечают недоразвитие эмоциональной сферы детей с тяжелыми нарушениями интеллекта, обусловленную общим психическим недоразвитием. [10 с. 153; 14, с. 32; 23, с.7; 24, с. 94] При относительной сохранности базальных эмоций у тяжело умственно отсталых детей, их эмоциональная сфера сужена и мало дифференцирована, им свойственны косность, тугоподвижность эмоциональных проявлений. Чаще всего эмоции связаны с удовлетворением/неудовлетворением физиологических потребностей, формы их выражений примитивны (крик, агрессия, двигательное возбуждение и т.д.). Новые объекты зачастую вызывают страх. [14, с. 32; 24, с. 95] Большинство лиц с умственной отсталостью демонстрируют несоответствие глубины эмоциональной реакции вызвавшей ее причине. Также для многих свойственна частая смена настроений, нередко немотивированная, проявление аутичных черт в поведении, негативизма, внушаемость, «заражение» эмоциями других. [23, с. 9; 24, с. 96] В своем исследовании Л.М. Шипицына обнаружила, что никто из молодых людей (от 15 до 29 лет) с тяжелой степенью умственной отсталости не был способен к адекватному выражению собственных чувств, а их мимика зачастую не соответствовала переживаемым эмоциям. 24% из них могли выразить только яркие эмоции. [24, с. 98]

Л.М. Шипицына [24, с. 97] отмечала, что для тяжело умственно отсталых детей характерно отсутствие инициативы и самостоятельности. Они с трудом переключаются на новую деятельность, легко поддаются внушению и в то же время упорно сопротивляются всему новому и всякому воздействию на них, охотно повторяют старые, заученные штампы. Таким образом, у подобных лиц неустойчивость в деятельности сочетается с инертностью, косностью. По мнению Д.Н. Исаева [10, с. 153], типичны-

ми чертами личности тяжело умственно отсталых являются либо отсутствие побуждений, либо хаотичное стремление ко всему, что находится в пределах видимости.

Однако, многие дети данной категории чувствительны к похвале и порицанию со стороны окружающих, что открывает дополнительные возможности коррекционной работы. [14, с. 33; 24, с. 95] Л.М. Шипицына выявила, что у лиц с тяжелой умственной отсталостью преобладает положительный эмоциональный фон и низкий уровень тревожности. [24, с. 102]

М.В. Филиппова отмечала, что недоразвитие эмоциональной сферы детей с тяжелыми нарушениями интеллекта проявляется в отсутствии эмоциональных переживаний, которыми определяется интерес к познавательной деятельности (любопытности, познавательных интересов). Активизация эмоциональной сферы способствует повышению обучаемости данной категории детей, что в ходе обучающего эксперимента проявилось в улучшении ориентировочной деятельности, повышении восприимчивости к помощи, росте качества и широты переноса. [23, с.23] Данные выводы отчасти подтверждают результаты исследования Л.М. Шипицыной [24, с. 96], которая обнаружила, что качество выполнения заданий детьми умеренной и тяжелой умственной отсталостью зависело не только от уровня интеллектуального развития, но и от устойчивости их аффективной сферы. Также исследование показало, что умственно отсталые дети, также как и их нормально развивающиеся сверстники лучше запоминают аффективно насыщенный материал.

Таким образом, мы можем видеть, что при тяжелых нарушениях интеллекта у ребенка происходит неравномерное изменение различных сторон психической деятельности: в наибольшей степени страдает познавательная сфера, а в наименьшей – эмоциональная. Структура дефекта сложна, так как первичный дефект приводит к возникновению многих других вторичных и третичных дефектов. Так как при тяжелой степени умственной отсталости нарушения развития носят комплексный характер, в связи с этим представляет интерес исследование М.В. Жигоревой. [5, с. 144] При изучении специфических особенностей психического развития дошкольников с комплексными нарушениями она выделила ряд общих закономерностей, присущих детям с комплексным нарушением:

- вариативность структур дефекта, которая определяется наличием нескольких первичных нарушений, возникших под влиянием различных этиологических факторов,

и вторичных, третичных нарушений, являющихся следствием первичных;

- выявленная вариативность структур сложного дефекта дает основание утверждать о невозможности определения какого-либо одного типа дизонтогенеза

- существенное значение имеет степень выраженности интеллектуального дефекта

- разноуровневый характер социального, психического и речевого развития детей данной категории, связанный с выраженностью и локализацией органической и функциональной недостаточностью ЦНС. Каждому уровню соответствует своя картина когнитивного развития.

Данные закономерности объясняют разнородность и различный темп развития детей, объединенных общим диагнозом «тяжелая умственная отсталость». Это отчасти подтверждает исследование Е.Н. Третьяковой [22, с. 146], которая выявила, что проблемой психологической диагностики детей дошкольного возраста с нарушениями интеллекта является то, что при одинаковых или сходных диагностических результатах могут обнаруживаться различные темпы и результаты развития, которые показывают, что эти дети обладают совершенно разными потенциальными возможностями.

Процесс расширения социальных связей индивида с внешним миром и становление личности протекает в трех сферах: деятельности, общении, самосознании. На протяжении всего периода социализации индивид осваивает все новые виды деятельности. В ходе реализации деятельности индивид осваивает новые роли, выявляет особо значимые аспекты деятельности, трансформирующиеся в личностные смыслы. В разные возрастные периоды какой-то один вид деятельности имеет для человека особое значение, ему соподчиняются все остальные виды деятельности, с ним связано возникновение важнейших новообразований психики. Вторая сфера – общение в контексте социализации также рассматривается со стороны его расширения и углубления. Расширение общения происходит вследствие умножения контактов человека с другими людьми, что же касается углубления общения, это прежде всего переход от монологического общения к диалогическому, умение ориентироваться на партнера, более точное его восприятие. Третьей сферой социализации является развитие самосознания личности. По мнению И.С. Кона, процесс социализации означает становление в человеке образа его Я. [2, с. 276]

Авторы, занимающиеся исследованиями игровой деятельности детей с тяжелыми нарушениями интеллекта [11; 3,

с. 76] отмечают, что без целенаправленной коррекционно-развивающей работы игровая деятельность у данной категории детей не развивается.

По мнению Г.С. Гоголевой, своеобразие игровой деятельности тяжело умственно отсталых детей заключается в том, что по своему развитию она не поднимается выше уровня процессуальных действий. Дети не используют игрушек-заменителей, их речевое сопровождение игровых действий эпизодично, игровые действия сопровождаются манипуляциями неспецифического характера и большим количеством неадекватных действий. Характер и уровень их игровых действий не находятся в прямой зависимости от возраста, а определяются структурой и выраженностью дефекта. [3, с. 76]

Исаева Т.Н. [11] в своем исследовании особенностей игровой деятельности дошкольников с тяжелыми нарушениями интеллекта выявила ряд причин, в силу которых без целенаправленного коррекционного воздействия игра у этой группы дошкольников не формируется. Самостоятельному ее формированию препятствует низкий уровень самостоятельности и стереотипность в использовании игрушек, неумение использовать образец в качестве опоры, хаотичность игрового поведения детей, значительные нарушения анализа игровых действий и их планирования. Однако при включении ребенка в с ситуации активного взаимодействия, сотрудничества и общения со взрослым в процессе коррекционно-педагогической работы при условии учета выраженности и специфики нарушений, организации обучающей среды и раннем начале коррекционной работы (до 5-7 лет) становится осуществимым переход ребенка от манипуляций и кратковременных процессуальных действий к предметно-игровым, а в некоторых случаях и к сюжетно-игровым действиям. Основным приемом обучения в формирующем эксперименте были вовлечение детей в организованный процесс совместной деятельности со взрослым, демонстрация способов обыгрывания игрушек при разъяснении смысла совершаемых действий, с обязательным речевым сопровождением. В результате организованного обучения исчезла хаотичность в реагировании детей на игрушки, появилась целенаправленность в действиях, в выборе игрушек, увеличилась длительность игры, сократилось количество неадекватных манипуляций. Дети усвоили последовательность игровых действий, в некоторых случаях предваряли их речью. Все это позволило Т.Н. Исаевой сделать вывод, что игра может быть использована как средство коррекции

онно-педагогической работы с тяжело умственно отсталыми детьми.

Следующий вид деятельности, сменяющий игру в качестве ведущего – это учеба.

Проблему особенностей учебной деятельности детей с тяжелым нарушением интеллекта отчасти затрагивает исследование С.Д. Забрамной и Т.Н. Исаевой. [6, с. 7] Они выделили ряд критериев оценки учебной деятельности данной категории детей: характер контакта со взрослым (речевой, подкрепленный жестами, мимикой), понимание ребенком обращений взрослого (инструкции, просьбы и т.д.), характер совместной деятельности (действие по образцу, самостоятельные действия, только совместные действия), принятие и использование помощи взрослого (организующей, разъясняющей или обучающей), наличие со стороны ребенка самоконтроля и способности оценить результаты своей работы. Авторы выявили, что для детей с тяжелой умственной отсталостью характерно отсутствие самостоятельности и инициативы, у них обнаруживаются трудности в понимании устного обращения, требуется наглядно-действенная инструкция с жестовым или мимическим уточнением. Основным способом усвоения нового являются совместные действия с педагогом. Затруднено принятие помощи при выполнении заданий, они не способны к переносу показанного способа действия на аналогичное задание и могут проявлять самостоятельность только на уровне отдельных операций. Отсутствует навык самоконтроля и, как правило, такие дети безучастны к порицанию, не пытаются исправить свои ошибки, не стремятся выполнить задание наилучшим способом. Таким образом, в силу особенностей психофизического развития, дети с тяжелым нарушением интеллекта являются одной из самых сложных в коррекционном отношении группой учащихся. Даже элементарные навыки чтения, письма и счета, несмотря на многолетние педагогические усилия, формируются у них с большим трудом. Так, Л.М. Шипицына в своем исследовании установила, что у 53 % юношей и девушек с тяжелой умственной отсталостью не сформированы даже элементарные навыки письма, счета, чтения [24, с. 92].

В исследованиях, посвященных детям с тяжелыми нарушениями интеллекта, принято выделять бытовую деятельность (деятельность по самообслуживанию), так как, с одной стороны, овладение навыками самообслуживания снижает зависимость ребенка от окружающих и способствует максимально активному участию в общественной жизни, а с другой стороны, дети с тяжелы-

ми нарушениями интеллекта испытывают значительные трудности в овладении навыками самообслуживания. По данным Л.М.Шипицыной [24, с. 88], среди юношей и девушек с тяжелыми нарушениями интеллекта (от 15 до 29 лет) 32% лиц вообще не владеют навыками самообслуживания, нуждаются в постоянной посторонней помощи и при этом более половины этих юношей и девушек (59,5%) обучались во вспомогательной школе.

В своем эксперименте Н.В. Шульженко [25, с. 6] выявила, что в возрасте 3-4 лет у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью социально-бытовые навыки не сформированы. Дети не знают о задачах навыков самообслуживания, предметах гигиены, не ориентируются в частях тела, не владеют элементарными представлениями об одежде, обуви и т.д. Дети не способны к включению в целенаправленную деятельность даже на уровне выполнения отдельных действий. По мнению исследователя, в основе несформированности социально-бытовых навыков у данной категории детей лежат нарушения механизмов программирования действия и контроля за действием.

Г.Г. Зак, О.Г. Нугаева и Н.В. Шульженко [9, с. 54] в своем исследовании, посвященном изучению формирования и коррекции социально-бытовых навыков у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью выявили и обобщили факторы, влияющие на формирование социально-бытовых навыков:

- влияние особенностей физического развития;
- влияние особенностей познавательной сферы (восприятия, памяти, внимания, процессов анализа и сравнения);
- нарушения программирования и контроля над действием при выполнении навыка;
- отсутствие знаний и умений для формирования нового навыка;
- несформированность процессов анализа и синтеза;
- уклонение от задачи без попытки ее решения.

По мнению Г.Г. Зак [8, с. 61], характерной особенностью освоения предметных знаний детьми с тяжелыми нарушениями интеллекта является дефицитарность непосредственно-эмоционального общения и мотивационного компонента предметной и практической деятельности. Специфическими особенностями практической деятельности данной категории детей являются: пониженный темп деятельности, застревание на первоначальном способе выполнения действий, склонность к стереотипизации. Программа формирования и развития

навыков самообслуживания должна разрабатываться индивидуально в силу разного уровня развития и сформированности навыков самообслуживания при одном и том же диагнозе. Формирование навыков у данной категории детей осложняется сочетанным характером дефекта (так как тяжелое нарушение интеллекта нередко сопровождается сенсорными и двигательными нарушениями). Процесс социально-бытовой реабилитации требует комплексного подхода и профессионального вовлечения самых разных специалистов: дефектолога, психолога, логопеда и др.

Трудовая деятельность является ведущей на протяжении большей части жизни человека. Однако формирование ее у детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта является большой проблемой как в научном, так и в прикладном смысле. Дети данной категории традиционно считаются нетрудоспособными, и как мы писали выше, даже формирование у них навыков самообслуживания в значительной мере затруднено. В то же время опыт реабилитации свидетельствует о том, что, по крайней мере, у части таких детей можно сформировать определенные трудовые навыки. Об этом свидетельствует, например, опыт деятельности кэмпхилльских общин. [24, с. 330]

Л.М. Шипицына [24, с. 103] в своем исследовании установила, что лишь 10% юношей и девушек с тяжелой умственной отсталостью имеют достаточно хорошо сформированное представление о значимости труда для человека, на примере могут рассказать, для чего нужно трудиться, какую пользу это приносит самому человеку и окружающим и 69% имеют частичные представления о трудовой деятельности. По мнению автора, формирование социальных и трудовых навыков тяжело умственно отсталых детей значительно затруднено в силу нарушений физического и интеллектуального развития, а в некоторых отдельных случаях может оказаться невозможным. Однако систематическая работа по формированию социальных и трудовых навыков приносит положительные результаты. Как правило, удовлетворительным уровнем сформированности тех или иных навыков обладают те молодые люди, родители которых занимались с детьми и прилагали усилия к их формированию.

По мнению Г.С. Гоголевой [3, с. 76], трудовая деятельность данной категории детей носит в основном репродуктивный характер, общетрудовые и специальные умения у них недостаточно сформированы.

Л.М. Шипицына [24, с. 92] в своем исследовании установила, что лишь 10%

юношей и девушек с тяжелыми нарушениями интеллекта имеют высокую мотивацию и успешно справляются с такими элементарными трудовыми операциями, как работа с ножницами, клеем, цветной бумагой и др. 43% из них хотя и владеют необходимыми навыками, но выполняют их неохотно и лишь при помощи взрослых. И, наконец, 47% недоступно выполнение трудовых операций.

Э.В. Самарина [17, с. 232] в результате своего исследования успешности социально-трудовой абилитации тяжело умственно отсталых детей и подростков смогла выделить ведущие факторы социально-трудовой абилитации: эмоционально-личностная готовность к трудовой деятельности и функциональная подготовленность к самообслуживанию. При этом эмоционально-личностная готовность в большей степени зависит от внутренней активности ребенка, а функциональная подготовленность – от содержания и условий обучения. Поэтому система индивидуального и группового психологического сопровождения воспитанников должна опираться на исходный уровень их активности, который является универсальным критерием психического развития детей с тяжелыми и множественными нарушениями. В результате исследования она выявила, что на успешность социально-трудовой абилитации лишь отчасти влияет степень умственной отсталости, а также наличие двигательных и зрительных нарушений. Также существенное влияние на успешность социально-трудовой абилитации оказывает преобладающий тип дизонтогенеза (выявляемый по методике В.А. Галкиной). Среди воспитанников с высоким уровнем владения социально-бытовыми навыками и высоким уровнем готовности к труду преобладает эксплозивный тип дизонтогенеза. Он проявляется в психомоторной возбудимости, вспыльчивости, повышенной утомляемости и отвлекаемости, быстрой смене настроения. Дети этой группы обладают большей работоспособностью по сравнению с другими. У воспитанников с низким уровнем владения социально-бытовыми навыками и высокой готовностью к труду преобладает астенический тип. Этот синдром проявляется в высокой утомляемости, безынициативности и колебаниях продуктивной деятельности. В тоже время среди детей этой группы реже встречаются двигательные и другие дополнительные нарушения. Среди воспитанников с высоким уровнем владения социально-бытовыми навыками и низкой готовностью к труду по сравнению с другими более выражена пугливость, которая проявляется в благодушии,

инфантильном поведении, дурашливости. Деятельность таких детей характеризуется малой продуктивностью вследствие повышенной отвлекаемости и суетливости. У воспитанников с низким уровнем владения социально-бытовыми навыками и низкой готовностью к труду преобладает торпидный тип дизонтогенеза. Они отличаются выраженной заторможенностью в поведении и эмоционально-волевых реакциях, тугоподвижностью мышления, необщительности.

Таким образом, вследствие нарушений познавательной, моторной и эмоционально-волевой сферы, деятельность детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта носит своеобразные черты и в ряде случаев оказывается невозможной. Без целенаправленной коррекционной работы игровая, учебная, бытовая и трудовая деятельность у них не формируется, что существенно затрудняет процесс расширения социальных связей с внешним миром.

Одной из наиболее актуальных при изучении детей с тяжелыми нарушениями интеллекта является проблема развития коммуникативной сферы, так как социальная компетентность имеет большое значение для адаптации человека в обществе. Соответственно, имеется общественный запрос на изучение данной проблематики. Так, в результате анкетирования родителей детей с умеренным и тяжелым нарушением интеллекта, проведенном Л.М. Сафоновой [18, с. 157], обнаружилось, что самыми важными для наиболее полноценного функционирования в обществе родители считают способность к общению (84%), формирование социально-бытовых навыков (81%), накопление жизненного опыта (76%) и способность к трудовой деятельности (64%).

Большинство исследователей отмечают нарушение как вербального, так и невербального компонента общения у детей, подростков и молодых людей с тяжелым нарушением интеллекта [16, с. 20; 23, с. 7; 24, с. 117]. Вербальный компонент общения у данной категории детей нарушен вследствие недоразвития речи, причем степень его нарушения обычно соответствует степени нарушения интеллекта. [10, с. 152; 24, с. 106.]

По мнению, Г.Г. Зак [7, с. 32], дети с тяжелыми нарушениями интеллекта, как правило, не уклоняются от контактов, но предъявлять те или иные способы коммуникации самостоятельно не могут. А.Р. Маллер, Г.В. Цикото [14, с. 31] отмечали сниженную потребность в общении у тяжело умственно отсталых детей, что препятствует развитию речи. Диалог обычно возникает не по инициативе детей, как правило, его на-

чинает взрослый. Поддержать беседу дети также не умеют, особенные трудности они испытывают с тем, чтоб задать вопрос. [24, с. 103] М.В. Филиппова [23, с. 7] отмечала, что у воспитанников детских домов с тяжелыми нарушениями интеллекта характерна слабая выраженность значимости дружески связей, а отношение к взрослому определяется полезностью последнего для ребенка.

Некоторые исследователи отмечали тесную взаимосвязь нарушений эмоциональной сферы и невербальной коммуникации у детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта. В своем исследовании Л.М. Шипицына [24, с. 99] обнаружила, что лишь 10% молодых людей (от 15 до 29 лет) с тяжелой степенью умственной отсталости могли уверенно дифференцировать эмоции окружающих, 42% различали только яркие эмоциональные оттенки (радость, гнев) и 26% не смогли дифференцировать какие-либо эмоции вообще. Наибольшие трудности для данной группы лиц составило распознавание таких эмоций, как спокойствие, вина, презрение, также никто из них не смог идентифицировать удивление. Е.В. Михайлова [16, с. 22] выявила, что по мере нарастания дефекта распознавание эмоциональной экспрессии оказывается менее успешным.

Недостаточность регуляции эмоциональной сферы способствует возникновению проблем в общении, так как для многих детей свойственны частая смена настроений, нередко немотивированная, проявление аутичных черт в поведении, негативизма, внушаемость, «заражение» эмоциями других. [23, с. 7; 26, с. 96]

Е.В. Казанцева [12, с. 51] для определения уровня сформированности коммуникативных умений выделила ряд критериев: ориентировка в условиях различных ситуаций общения, направленность на партнера, планирование содержания акта общения, степень адекватности поведенческих реакций в ходе общения, оценка результатов общения и соответственное изменение коммуникативного поведения. Проведенный ею эксперимент выявил крайне низкий уровень коммуникативной компетентности и вербальных возможностей детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. При этом проявилась взаимозависимость выраженного речевого недоразвития от степени несформированности коммуникативных умений и наоборот.

В.В. Скрипниченко [19, с. 13] выделяла следующие компоненты в структуре коммуникативных навыков детей со множественными нарушениями развития:

1. Базовый (умение выразить просьбу, требование, желание);

2. Социоэмоциональный (выражение чувств, эмоций, навыки социального поведения);

3. Диалоговый (умение начать, поддерживать и завершить разговор).

Также она выделила 3 уровня сформированности коммуникативных навыков:

Начальный (имеются навыки выражения лишь некоторых просьб, требований с использованием звукокомплексов, звукоподражания, отдельных лепетных слов и жестов, реакции на свое имя и на приветствие не сформированы, отсутствует способность дать утвердительный ответ и т.д.)

Репродуктивный (имеются навыки выражения просьб, возможность ответить на простой вопрос окружающих, использование фразовой речи, состоящей из 2-3 слов обиходно-бытового характера и невербальных средств коммуникации; адекватная реакция на высказывания и действия окружающих людей. При этом отмечаются трудности при описании свойств предметов и событий, ответах на вопросы, поддержании диалога).

Достаточный (имеются навыки активного выражения различных просьб, комментирование своих действий и действий других детей и взрослых, адекватное реагирование на обращения и действия окружающих. Отмечается способность к использованию развернутой фразовой речи и невербальных средства коммуникации, демонстрация навыков социального поведения, поддержание несложного диалога).

В результате исследования она обнаружила, что для воспитанников специальной школы-интерната 9-14 лет с множественными нарушениями развития характерной трудностью является адекватно выразить свои эмоции и сообщить о них другим людям. Нарушения невербального компонента коммуникативной сферы у данной категории детей тесно связаны с недоразвитием их эмоциональной сферы.

Таким образом, межличностное общение детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта в значительной мере затруднено, причем это касается как расширения социальных контактов (вследствие сниженной потребности в общении и общего недоразвития речи), так и углубления (вследствие недостатков диалогической речи). Однако нарушения коммуникативной сферы данной категории детей можно компенсировать в процессе целенаправленной коррекционно-развивающей работы.

Следующей сферой социализации является развитие самосознания личности. На наш взгляд, самосознание лиц с тяжелыми нарушениями интеллекта является наиме-

нее изученным в данной проблематике. По мнению Л.М. Шипицыной [24, с. 95], дети с тяжелой степенью нарушения интеллекта демонстрируют зачатки самооценки: радуются, когда их хвалят, при порицании – часто обидчивы, проявляют негативизм, могут быть агрессивны, переживают обиду, насмешки.

В наиболее общем виде социализация представляет собой процесс воздействия общества на человека. Воздействие общества на личность осуществляется через институты или агенты социализации (семья, учебные заведения, коллективы, СМИ и др.). Многие авторы разводят эти понятия и под институтами понимают социальные группы и общественные учреждения, а под агентами социализации – людей, посредством которых осуществляется влияние социальных групп и учреждений.

Несмотря на все общественно-политические и социальные перемены, большинство детей с тяжелыми нарушениями интеллекта в Казахстане воспитываются в закрытых психоневрологических стационарах. [1, с. 20] Для таких детей наиболее важным институтом социализации становится стационар, а агентами социализации – коллектив данного учреждения.

С.Г. Соломатина [20, с. 172] выделила ряд специфических характеристик интерната как среды социализации: 1) интернат совмещает в себе несколько институтов социализации, прежде всего семью и школу, что усиливает степень зависимости от института социализации. 2) роль трансляторов социального опыта в интернате выполняют педагоги. Являясь в силу своего социального положения агентами вторичной социализации, призванными опосредованно воздействовать на личность воспитанников, они поставлены в условия необходимости выполнения роли агентов первичной социализации, т.е. родителей. Такое совмещение ролей является стрессогенным фактором для педагогов, а также искажает структуру социальных ролей, усваиваемых детьми. 3) количество воспитанников в группе, как правило, превышает оптимальный, при котором педагог может уделять необходимое внимание каждому ребёнку. Это приводит к недостаточности общения со взрослыми, наличию обострённой потребности в их внимании и доброжелательности, замедлению формирования социального опыта. Такая ситуация делает ребёнка крайне зависимым от взрослого. 4) воспитанник интерната постоянно общается с одной и той же достаточно узкой группой сверстников, при этом сам он не может предпочесть ей какую-либо другую группу, но одновре-

менно его нельзя и исключить из неё. Это ведёт к тому, что отношения между сверстниками складываются не как приятельские, дружеские, а более близкие, по типу родственных. Безусловность в общении со сверстниками рассматривается, с одной стороны, как положительный фактор, способствующий эмоциональной стабильности. С другой стороны, подобные контакты не способствуют формированию и развитию коммуникативных умений, умению успешно взаимодействовать с человеком другого возраста, социальной группы. 5) интернат является закрытой системой, относительно изолированной от общества. В связи с этим у воспитанников возникают затруднения в усвоении социального опыта, что отражается на трёх сферах социализации: деятельности, общении, самосознании.

Если же речь идет о специализированных интернатах, то в них дети окружены людьми со сходными социально-психологическими проблемами, что ведет к закреплению негативных особенностей личности и коммуникативной сферы.

При этом имеется ряд отличий между школами-интернатами VIII типа, относящимися к системе Министерства образования и науки, и психоневрологическими стационарами системы Министерства здравоохранения и социального развития. Основным контингентом школ VIII типа являются преимущественно дети с легкими и умеренными формами умственной отсталости, а в психоневрологических интернатах воспитывается основная масса лиц с умеренной, тяжелой, глубокой и с осложненными видами умственной отсталости. Психоневрологические интернаты имеют свою специфику в организации деятельности, в которой на первый план выдвигается оказание медицинских услуг с отодвиганием на второй план социально-педагогических и психологических услуг, которые оцениваются как носящие второстепенный, либо вспомогательный характер. Как правило, в штате подобных учреждений недостаточно педагогов, имеющих специальное дефектологическое образование, что не может не сказаться на качестве социально-педагогических услуг, оказываемых воспитанникам. [8, с. 57] Кроме того, находясь в подобном учреждении, ребенок изолирован не только от нормально развивающихся сверстников, но и от семейного окружения. Основным контингентом данных учреждений являются дети, в силу разных причин оказавшиеся без опеки и попечения родителей. Но даже и в тех случаях, когда у ребенка есть семья, редкие и нерегулярные свидания и поездки домой не решают проблему социальной изо-

ляции. Отклонения психофизического развития многократно усиливают негативные влияния социальной депривации. Таким образом, психоневрологический стационар как среда социализации имеет свою специфику, что следует учитывать как в исследовательской работе, так и при внедрении результатов исследований в педагогическую практику.

М.В. Филиппова [23, с. 7] указывала на особенности общения в системе «воспитанник-педагог» как на дополнительный фактор риска для развития коммуникативной сферы детей с тяжелыми нарушениями интеллекта, воспитывающихся в условиях психоневрологического стационара. По ее мнению, работа с данной категорией детей ускоряет профессиональное выгорание педагогов, так как их возможности реализовать себя в профессиональном и личностном плане фрустрируются. Это приводит к тому, что общение с воспитанниками становится поверхностным, отношения сводятся к уходу за детьми и выполнению режимных моментов. Подобная поверхностность общения, наряду с депривацией, суженностью сферы жизнедеятельности и обедненностью индивидуального опыта воспитанников значительно осложняют развитие коммуникативной сферы, формирование речи и накладывают негативный отпечаток на эмоциональную сферу детей.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что своеобразие познавательной сферы и личности воспитанников психоневрологических стационаров обусловлены не только структурой их дефекта, но и в значительной мере обусловлены своеобразием социальной среды, внутри которой развиваются.

В соответствии с вышесказанным, можно выделить актуальные задачи обучения и воспитания детей младшего школьного возраста с тяжелой степенью нарушения интеллекта.

Одной из наиболее актуальных задач является формирование и развитие коммуникативных навыков, так как без этого социальная адаптация невозможна. Данная задача тесно связана с задачами развития речи (особенно ее коммуникативной функции, в данном контексте) и эмоциональной сферы (стабилизации эмоционального фона, коррекции негативных эмоциональных состояний и обучения распознаванию эмоций).

Другая не менее актуальная задача – формирование навыков самообслуживания. Это снижает зависимость ребенка от окружающих, укрепляет его уверенность в себе, способствует формированию самостоятельности, стимуляции к максимально

активному участию в общественной жизни. Поскольку успешность формирования социально бытовых навыков зависит от состояния моторики ребенка и саморегуляции его психики, развитию этих свойств требуется уделить внимание педагогов. Для полноценной социализации ребенка важно развитие его самосознания, так как самосознание является одной из сфер (помимо общения и деятельности), в которых протекает процесс расширения социальных связей индивида с обществом и становление его как личности.

При обучении и воспитании детей с тяжелыми нарушениями интеллекта рекомендуется уделять внимание формированию и развитию игровой деятельности. Для детей с тяжелыми нарушениями интеллекта даже в младшем школьном возрасте игра остается ведущим видом деятельности. Как и любая ведущая деятельность, она является источником развития, с ней связано возникновение важнейших новообразований. С игрой непосредственно связано развитие мышления ребенка, так как именно в сюжетно-ролевой игре ребенок учится абстракции, овладевает произвольными формами поведения. Но в силу выраженного недоразвития игровой деятельности у детей с тяжелыми нарушениями интеллекта, она не может выполнять роль «мотора» психического развития в полной мере. Таким образом, развитие игровой деятельности способствует повышению эффективности коррекционно-развивающего процесса в целом.

Не менее важной задачей является сенсорное развитие ребенка – развитие восприятия и формирование представлений о свойствах предметов и явлений окружающего мира. Именно восприятие дает ребенку «материал» и обеспечивает базис психического развития. Нарушения восприятия детей с тяжелыми нарушениями интеллекта обусловлены их интеллектуальной пассивностью, узостью объема восприятия и недостатками других познавательных процессов: внимания, памяти, мышления и речи. Очень тесная взаимосвязь наблюдается между восприятием и речью. С одной стороны, чувственный опыт закрепляется в речи, а с другой – вербализованные сенсорные эталоны направляют восприятие. Поэтому сенсорное развитие положительно воздействует на развитие речи. Наиболее эффективно сенсорное развитие осуществляется в ходе предметно-практической деятельности. Именно поэтому предметно-практическая деятельность является эффективным методом обучения детей с нарушениями интеллекта.

Опираясь на вышесказанное, мы сделали следующие выводы:

1. Психоневрологический стационар как среда социализации имеет свою специфику, что следует учитывать как в исследовательской работе, так и при внедрении результатов исследований в педагогическую практику.

2. У детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта нарушен как вербальный, так и невербальный компонент общения, причем степень нарушения вербального компонента (речи) обычно соответствует степени нарушения интеллекта и зависит от степени несформированности коммуникативных умений в целом.

3. Недоразвитие эмоциональной сферы детей с тяжелыми нарушениями интеллекта проявляется в отсутствии эмоциональных переживаний, которыми определяется интерес к познавательной деятельности, активизация эмоциональной сферы способствует повышению обучаемости данной категории детей.

4. Игровая, бытовая и трудовая деятельность у детей с тяжелыми нарушениями интеллекта не формируются без целенаправленной коррекционно-развивающей работы.

5. Уровень психической активности является универсальным критерием психического развития детей с тяжелыми нарушениями интеллекта.

6. Разнородность и различный темп развития детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта возникает вследствие сложной структуры дефекта, которая определяется наличием нескольких первичных нарушений, возникших под влиянием различных этиологических факторов, и вторичных, третичных нарушений, являющихся следствием первичных.

7. Процесс абилитации детей с тяжелой степенью нарушения интеллекта требует комплексного подхода и профессионального вовлечения специалистов разных профилей.

8. В качестве основных направлений коррекционно-развивающей работы с детьми с тяжелой степенью нарушения интеллекта можно выделить: развитие коммуникативных навыков, развитие социально-бытовых навыков, развитие речи и мелкой моторики, сенсорное развитие, развитие эмоционально-волевой сферы и самосознания.

Список литературы

1. Анализ положения детей с инвалидностью: развитие инклюзивного общества в Республике Казахстан / Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан. – Астана, 2014. – 108 с.
2. Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 375 с.
3. Гоголева Г.С. Практические действия и познание мира детьми с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Специальное образование. – 2007. – № 8. – С. 74-77.
4. Гуровец Г.В., Давидович Л.З. К вопросу изучения болезни Дауна // Дефектология. – 1999. – № 6. – С. 9-13.

5. Жигорева М.В. Специфические особенности психического развития дошкольников с комплексными нарушениями // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2009. – № 105. – С. 137-145.
6. Забрамная С.Д., Исаева Т.Н. Изучаем обучая. Рекомендации по изучению детей с тяжелой умственной отсталостью. – М.: ТЦ Сфера, 2007. – 64 с.
7. Зак Г.Г. Развитие коммуникативных умений у детей с умеренной и глубокой умственной отсталостью в процессе социально-бытовой деятельности // Специальное образование. – 2010. – № 1. – С. 30-35.
8. Зак Г.Г. Формы социально-бытовой реабилитации детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, воспитывающихся в условиях детского дома // Специальное образование. – 2013. – № 3. – С. 56-62.
9. Зак Г.Г., Нугаева О.Г., Шульженко Н.В. Методика обследования социально-бытовых навыков у детей младшего дошкольного возраста с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Специальное образование. – 2014. – № 1. – С. 52-59.
10. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
11. Исаева Т.Н. Формирование игры у детей дошкольного возраста с тяжелой умственной отсталостью. – URL: <http://nauka-pedagogika.com/pedagogika-13-00-03/dissertaciya-formirovanie-igry-u-detey-doshkolnogo-vozrasta-s-tyazheloy-umstvennoy-otstalostyu> (дата обращения: 27.10.2015).
12. Казанцева Е.В. Особенности психолого-педагогического сопровождения детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью в системе обучения и воспитания в школе VIII вида // Специальное образование. – 2010. – № 1. – С. 46-56.
13. Крохалев К. Ю. Дифференцированный подход к оценке произвольных движений и их коррекция у детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта на уроках физической культуры: Автореф. дис. канд. пед. наук. – Екатеринбург, 2012. – 176 с.
14. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 208 с.
15. Мастоюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
16. Михайлова Е.В. Исследование социальной реабилитации лиц с умеренной и тяжелой умственной отсталостью: Автореф. ... канд. псих. наук. – СПб., 2005. – 25 с.
17. Самарина Э. В. Факторы успешности социально-трудовой абилитации детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью в условиях школы-интерната // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Гуманитарные науки. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 226-233.
18. Сафонова Л.М. Определение жизненной компетентности у подростков с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталостью // Педагогическое образование в России. – 2011. – № 5. – С. 155-161.
19. Скрипниченко В.В. Адаптивная образовательная среда как условие формирования коммуникативных навыков у учащихся с множественными нарушениями развития: Автореф. ... канд. пед. наук. – Ростов-на-Дону, 2006. – 20 с.
20. Соломатина С.Г. Школа-интернат как институт социализации воспитанников // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2012. – Т.14, № 12. – С. 168-173.
21. Тиганов А.С. Патология психического развития. – М.: Школа-Пресс, 2004. – С. 276.
22. Третьякова Е.Н. Особенности социального развития детей дошкольного возраста с тяжелым нарушением интеллекта, воспитывающихся в условиях детского дома-интерната в зависимости от уровня обучаемости // Вестник Коми государственного педагогического института. – 2010. – № 8. – С. 143-151.
23. Филиппова М.В. Повышение обучаемости детей с тяжелыми нарушениями интеллекта: Автореф. ... канд. псих. наук. – Ярославль, 2005. – 24 с.
24. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
25. Шульженко Н.В. Педагогическая технология формирования и коррекции социально-бытовых навыков у детей младшего дошкольного возраста с умеренной и тяжелой умственной отсталостью: Автореф. ... канд. пед. наук. – Екатеринбург, 2012. – 24 с.