

Педагогический совет

Особенности работы с детьми ОВЗ в условиях реализации ФГОС



Маслова В.Е.
методист РРЦДО
ГБОУ НСО «ОЦО»
учитель биологии



*Мир особого ребёнка – он закрыт от глаз чужих.
Мир особого ребёнка – допускает лишь своих.
Мир особого ребёнка интересен и пуглив.
Мир особого ребёнка безобразен и красив.
Неуклюж, порою странен, добродушен и открыт.
Мир особого ребёнка иногда он нас страшит.
Почему он агрессивен? Почему не говорит?
Мир особого ребёнка – он закрыт от глаз чужих.
Мир особого ребёнка – допускает лишь своих!
А.Н. Калиман*



Дети с ОВЗ

- Что означает аббревиатура ОВЗ? Расшифровка гласит: ограниченные возможности здоровья. К данной категории относятся лица, которые имеют дефекты в развитии как в физическом, так и в психологическом.
- Фраза «**дети с ОВЗ**» означает некоторые отклонения в формировании ребенка при необходимости создания специальных условий для жизни. Данное состояние бывает хроническим или временным, частичным или **общим**.



Трехзвенная шкала

ограниченных возможностей

Она включает в себя следующие ступени.

- **Первая** — носит название «недуг». Речь идет о любой утрате или аномалии (психологической/физиологической, анатомической структуры или функции).
- **Вторая** ступень подразумевает пациентов с дефектами и потерей способности исполнять такую деятельность, которая считается нормальной для остальных людей.

Третья ступень — недееспособность (инвалидность).



Документы по ФГОС детей с ОВЗ

Утверждены два ФГОС определяющих обучение детей с ОВЗ

(Приказы Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1599 и № 1598 соответственно):

- Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).*
- Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.*

Документы по ФГОС детей с ОВЗ

ФГОС начального общего образования детей с ОВЗ

Приказ Министерства образования и науки от 19.12.2014г. № 1598 «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ» разработан в соответствии:

□ с ч.6 ст.11 ФЗ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» на основе:

□ Конституции РФ;

□ Законодательства РФ с учетом Конвенции ООН о правах ребенка

□ Конституции РФ;

□ Законодательства РФ с учетом Конвенции ООН о правах ребенка

□ Конвенции ООН о правах инвалидов,

региональных, национальных и Этнокультурных потребностей народов РФ.

Современные тенденции в изменении состава школьников с ОВЗ

- Выделяются два взаимосвязанных процесса. Одной из ведущих современных тенденций является *рост доли детей с тяжелыми комплексными нарушениями, нуждающихся в создании максимально развернутой системы специальных условий обучения и воспитания.* Другая тенденция: *часть детей с ОВЗ к семи годам достигают близкого к норме уровня психического развития,* что ранее наблюдалось в единичных случаях, а потому считалось исключительным. Существенную роль в таком изменении ситуации играет раннее (на первых годах жизни) выявление и ранняя комплексная помощь детям.



Дети с ОВЗ – это дети с особыми образовательными потребностями

- Особые потребности, свойственные всем детям с ОВЗ:
- начать специальное обучение ребенка сразу же после выявления первичного нарушения развития;
- ввести в содержание обучения ребенка специальные разделы, не присутствующие в программах образования нормально развивающихся сверстников;
- использовать специальные методы, приемы и средства обучения (в том числе специализированные компьютерные технологии), обеспечивающие реализацию «обходных путей» обучения;
- индивидуализировать обучение в большей степени, чем требуется для нормально развивающегося ребенка;
- обеспечить особую пространственную и временную организацию образовательной среды;
- максимально раздвинуть образовательное пространство за пределы образовательного учреждения.



Функции специальных федеральных государственных стандартов образования детей с ОВЗ

- максимально расширить охват детей с ОВЗ образованием, отвечающим их возможностям и потребностям;
- дать ребенку возможность реализовать на практике Конституционное право на школьное образование, вне зависимости от тяжести нарушения развития и возможностей освоения цензового уровня, от типа учреждения, где он получает образование;
- гарантировать ребенку удовлетворение общих с обычными детьми и особых образовательных потребностей, создать оптимальные условия реализации его реабилитационного потенциала;
- обеспечить на практике возможность выбора стандарта образования, адекватного возможностям ребенка, отвечающего желанию семьи, и рекомендациям специалистов, предоставив семье диапазон возможных достижений ребенка при выборе того или иного варианта стандарта;
- обеспечить на всей территории РФ сопоставимое качество образования детей с ОВЗ;
- эволюционно перейти от двух параллельных к единой национальной системе, обеспечив механизм взаимодействия общего и специального образования и сделав регулируемым процесс совместного обучения нормально развивающихся детей и детей с ОВЗ;
- обеспечить детям с ОВЗ равную с другими сверстниками возможность беспрепятственно переходить из одного типа образовательного учреждения в другое;
- создать условия и стимулировать модернизацию специального образования в его структурно-функциональном, содержательном и технологическом аспектах.



Предмет стандартизации

Выделяются и рассматриваются два взаимосвязанных и взаимодействующих компонента: «академический» и «жизненной компетенции». Их соотношение специфично для каждого уровня образования.

- I уровень, цензовый, в целом соответствует уровню образования здоровых сверстников к моменту завершения школьного образования, предполагая при этом и удовлетворение особых образовательных потребностей детей с ОВЗ, как в академическом компоненте, так и в области жизненной компетенции ребенка.
- II уровень школьного образования - нецензовый, он изменен в сравнении с уровнем образования здоровых сверстников за счет значительного редуцирования его «академического» компонента и специфического расширения области развития жизненной компетенции ребенка;
- III уровень школьного образования, также нецензовый, и академический компонент редуцируется здесь до полезных ребенку элементов академических знаний, но при этом максимально расширяется область развития его жизненной компетенции за счет формирования доступных ребенку базовых навыков коммуникации, социально-бытовой адаптации, готовя его, насколько это возможно, к активной жизни в семье и социуме.



I вариант специального стандарта (цензовый уровень)

- Ребенок получает цензовое образование, сопоставимое по уровню его академического компонента с образованием здоровых сверстников, находясь в их среде и в те же календарные сроки. В случае необходимости среда и рабочее место ребенка должны быть специально организованы в соответствии с особенностями ограничений его здоровья. Обязательным условием освоения первого варианта стандарта является систематическая специальная психолого-педагогическая поддержка - создание адекватных условий для реализации особых образовательных потребностей, включая помощь в формировании полноценной жизненной компетенции. Обязательной является подготовка педагогического и детского коллектива к включению в него ребенка с ОВЗ, способного освоить первый вариант специального стандарта.
- Неспособность ребенка с ОВЗ полноценно освоить отдельный предмет школьной программы не должна служить препятствием для выбора или продолжения освоения первого варианта стандарта.



II вариант специального стандарта (цензовый уровень)

- Ребенок получает цензовое образование, сопоставимое по уровню его академического компонента с образованием здоровых сверстников, при этом находясь в среде сверстников со сходными проблемами развития и в более пролонгированные календарные сроки. Среда и рабочее место организуются в соответствии с особенностями развития категории детей и дополнительно приспособляются к конкретному ребенку. Условием освоения второго варианта стандарта является организация специального обучения и воспитания для реализации как общих, так и особых образовательных потребностей. Второй вариант стандарта отличается от первого и усилением внимания к формированию полноценной жизненной компетенции, использованию полученных знаний в реальных условиях. В связи с неизбежной вынужденной упрощенностью среды обучения и воспитания, максимально приспособленной к дефекту ребенка и ограничивающей его жизненный опыт и взаимодействие со здоровыми сверстниками, требуется специальная работа по введению ребенка в более сложную социальную среду. Смыслом такой работы является поэтапное и планомерное расширение жизненного опыта и повседневных социальных контактов ребенка.



III вариант специального стандарта (не цензовый)

- Не предполагает освоения цензового уровня образования: в структуре содержания его «академический» компонент редуцирован за счет расширения области развития жизненной компетенции. Ребенок находится в среде сверстников с ограничениями возможностей здоровья.
- Детский коллектив и рабочее место организуются в соответствии с нуждами данной категории детей и особенностями развития конкретного ребенка. Обязательной является организация специального обучения и воспитания для реализации как общих, так и особых образовательных потребностей, при необходимости индивидуализируется и содержание основной программы обучения. В связи со значительной вынужденной упрощенностью среды обучения и воспитания, максимально приспособленной к дефекту ребенка и ограничивающей его жизненный опыт и взаимодействие со здоровыми сверстниками, требуется специальная работа по введению ребенка в более сложную и богатую среду.

Смыслом этой работы является расширение повседневного жизненного опыта и социальных контактов ребенка в доступных для него пределах, в том числе работа по организации регулярных контактов таких детей с их нормально развивающимися сверстниками.



IV вариант специального стандарта (индивидуальный уровень конечного результата школьного образования)

- Ребенок получает образование, уровень которого определяется его **индивидуальными возможностями**.
- При значительном ограничении и утилитарности содержания **«академического» компонента** образования требуется максимальное углубление в область развития **жизненной компетенции**. В этом варианте стандарта обязательной и единственно возможной является индивидуальная образовательная программа.
- Ребенок находится в среде сверстников **с различными нарушениями развития**, при этом их проблемы не обязательно должны быть однотипны. Среда и рабочее место организуются в соответствии с **особенностями развития конкретного ребенка**.



IV вариант специального стандарта (индивидуальный уровень конечного результата школьного образования)

- Обязательной является **специальная организация** всей жизни ребенка для реализации его особых образовательных потребностей в условиях школы и дома.
- Требуется **специальная работа** по введению ребенка в более сложную предметную и социальную среду, ее смыслом является индивидуально дозированное поэтапное и планомерное расширение его жизненного опыта и повседневных социальных контактов в доступных для него пределах, в том числе работа по организации регулярных контактов таких детей с их нормально развивающимися сверстниками.
- Данный вариант стандарта, как и предыдущий, предусматривает **не только адаптацию ребенка** к условиям домашней жизни, но и доступное ему социальное развитие.



Профессиональный Стандарт Педагога определяет основные требования к квалификации современного педагога. Относительно обучения школьников с ОВЗ профстандарт включает необходимость владения педагогом трудовыми действиями (двумя) и умениями, которые необходимы для выполнения этих действий.



Профессиональный стандарт «Педагог»

- трудовое действие: освоение и применение психолого-педагогических технологий (в том числе инклюзивных), необходимых для адресной работы с различными контингентами учащихся;

- трудовое действие: планирование специализированного образовательного процесса для группы, класса и/или отдельных контингентов обучающихся с выдающимися способностями и/или особыми образовательными потребностями;



необходимые умения: использовать и апробировать специальные подходы к обучению в целях включения в образовательный процесс всех обучающихся, в том числе с особыми потребностями в образовании (включая обучающихся с ограниченными возможностями здоровья).



Инклюзивная компетентность учителей – это интегративное личностное образование, обуславливающее способность учителей осуществлять профессиональные функции в процессе инклюзивного образования, учитывая разные образовательные потребности учащихся и обеспечивая включение ребенка с ОВЗ в среду образовательной организации и создание условий для его развития и саморазвития.



*Инклюзивная компетентность
включена в состав специальной
проф.компетентности учителя,
которая характеризуется как
компетентность, реализуемая в
конкретных условиях
деятельности*



Дети с нарушением слуха

- Выделяют следующие группы детей с недостатками слуха:

1. **Неслышащие** – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: неслышащие без речи (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и неслышащие, потерявшие слух, когда речь практически была сформирована – у таких детей необходимо предохранять речь от распада, закреплять речевые навыки.

2. **Слабослышащие** – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.



Дети с нарушением слуха

- Значительную часть знаний об окружающем мире нормально развивающийся ребенок получает через слуховые ощущения и восприятия.
- **Неслышащий ребенок** лишен такой возможности, или они у него крайне ограничены. Это затрудняет процесс познания и оказывает отрицательное влияние на формирование других ощущений и восприятий. В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, **тактильно-вибрационные ощущения.**



Развитие памяти у детей с нарушением слуха

- Память неслышащих и слабослышащих детей отличается рядом особенностей. Значительно интенсивнее, чем у нормально слышащих детей, меняются представления (происходит потеря отчетливости, яркости воспроизведения объекта, уменьшение размеров, перемещение в пространстве отдельных деталей объекта, уподобление предмета другому, хорошо известному). Запоминание находится в тесной зависимости от способа предъявления материала, поэтому у детей затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала – слов, предложений и текстов. Специалисты отмечают, что особенности словесной памяти детей с нарушениями слуха находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития (Т.В. Розанова).



Развитие воображения у детей с нарушением слуха

- Специфические особенности воображения детей с недостатками или отсутствием слуха обусловлены замедленным формированием их речи и абстрактного мышления. Воссоздающее воображение играет особую роль в познавательной деятельности глухих и слабослышащих детей. Его развитие затрудняется ограниченными возможностями ребенка к усвоению социального опыта, бедностью запаса представлений об окружающем мире, неумением перестраивать имеющиеся представления в соответствии со словесным описанием. Исследование творческого воображения глухих и слабослышащих детей также показывает наличие ряда особенностей, связанных с недостаточным объемом информации об окружающем мире.



Развитие мышления у детей с нарушением слуха

- Особенности мышления детей с нарушениями слуха связаны с замедленным овладением словесной речью. Наиболее ярко это проявляется в развитии словесно-логического мышления.
- При этом **наглядно-действенное** и **образное мышление** глухих и слабослышащих учащихся также имеет своеобразные черты. **Нарушение слуха** оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике.



Развитие речи у детей с нарушением слуха

У ребенка с нарушением слуха наблюдается **расстройство всех основных функций речи** (коммуникативной, обобщающей, сигнификативной, контрольной, регулирующей) и составных частей языка (словарный запас, грамматический строй, фонетический состав).

Дети, страдающие **глубокими нарушениями слуха**, в общем уровне развития **отстают** от своих сверстников.

На почве нарушений устной речи ребенка возникает расстройство письменной речи, которое проявляется в форме различных **дисграфий и аграмматизмов**.

При полной потере слуха речь ребенка формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – **мимико-жестовой речи, дактильной, чтения с губ**.



Дети с нарушением зрения. Виды нарушений зрения

- **Функциональные**
 - Амблиопия (снижение зрения не регулируемое оптически);
 - Косоглазие

*Могут поддаваться
исправлению*

- **Органические**
 - Патологии структуры глаза и других частей зрительной системы. Они могут приводить к остаточному зрению, слабовидению, слепоте.



Международная классификация нарушений зрения

- **Низкое зрение** - острота лучше видящего глаза после оптической коррекции менее 0,3;
- **Слабовидящие** - острота зрения ниже 0,05;
- **Слепые** - острота зрения ниже 0,02.



Особенности развития детей с нарушением зрения

- Формирование личности оказывают влияние *физиологические* и *социальные факторы*: **гипо- и гиперопека**, неблагоприятное социальное окружение или условия семьи, ограниченная возможность доступа к общению и получению информации. Таким детям тяжело ориентироваться в пространстве, из-за этого они ведут малоподвижный образ жизни. Это, в свою очередь, вызывает слабость мышц (мышечную гипотонию). Для развития навыков ориентирования в пространстве надо постоянно тренировать сохранившиеся анализаторы (восприятие вибрации, слух, тактильную и кожно-кинестетическую чувствительность). Особенность развития грудничков с нарушением зрения – отсутствие хватательного рефлекса. Такие дети не тянутся к предметам, поздно начинают ползать, стоять и ходить. Опасаясь ушибов головы, малыши ползают ногами вперед. Навык ходьбы у них формируется на 2-3 года позже, чем у сверстников.



Особенности развития детей с нарушением зрения

- Отсутствие нормальной возможности исследовать окружающее пространство иногда вызывает задержку речевого развития. У многих детей с нарушением зрения речь нормально развита, но **сужена сфера познавательной деятельности, активного общения, подражания**. Часто незрячие используют в речи много слов, значения которых не знают.
- При обучении таких детей надо уделять внимание практическому использованию приобретенных навыков и знаний, по возможности применять наглядность. У детей с нарушениями зрения важным органом восприятия окружающего мира являются **руки**. Поэтому **необходимо развивать пальцевой, ладошный, кистевой способы восприятия.**



Дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость)

- **Умственная отсталость** - стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения головного мозга.
- **Умственная отсталость** выражается в двух формах: олигофрения и деменция.
- **Олигофрения** проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5-2 лет), **деменция** (распад психики) - на более поздних этапах онтогенеза (после 1,5-2 лет).
- **Деменция** может иметь две формы: резидуальная (остаточная) и прогрессирующая.



Признаки умственной отсталости

- Ведущим признаком задержки психики при таком заболевании являются явные нарушения интеллекта. Обычно эти нарушения интеллектуальных способностей обусловлены различными **патологиями нервной системы и мозга**.
- Помимо отставания общего развития психики, умственная отсталость приводит детей к **социальной дезадаптации**. Симптомы и признаки детской отсталости проявляются в различных областях: **в отношении интеллекта, психомоторных и речевых функций, эмоциональной и волевой сферах.**



Умственная отсталость и олигофрения

- Часто можно услышать и другое название умственной отсталости детей — её называют **олигофренией**, что в переводе с древнегреческого означает малоумие.
- Первым термин «олигофрения» стал использовать в своей психиатрической практике **Э. Крепелин**. Под олигофренией и отсталостью интеллекта часто подразумевается одно нарушение, однако об олигофрении говорят лишь тогда, когда её причина достоверно известна.
- Если причина неизвестна, то в таком случае чаще используется термин **«умственная недостаточность»**. Понятие «умственной отсталости» шире понятия **«олигофрения»**, поскольку оно подразумевает не только патологическое отставание развития, которое вызвали органические нарушения, но также **запущенность (социальную, педагогическую)**.



Виды умственной отсталости

- Детская умственная отсталость бывает врождённой и приобретённой. **Врождённая** умственная отсталость (либо олигофрения) считается дефектом психики, имеющимся с момента рождения. При олигофрении интеллектуальное развитие никогда не может достичь нормального уровня, даже у взрослого человека, помимо этого это нарушение представляет собой непрогредиентный процесс.
- **Приобретённое** слабоумие (либо деменция). Характеризуется снижением интеллектуального уровня от нормы, соответствующей определённому возрасту. Это прогредиентный процесс с постепенным течением. Степень отсталости интеллекта у детей количественно оценивается стандартными психологическими тестами на определение коэффициента IQ.



Степени умственной отсталости

МКБ-10 насчитывает не три, а **четыре степени отсталости интеллекта у детей**:

- лёгкая дебилность — уровень IQ от 50 до 69 пунктов;
- умеренная имбецильность — уровень IQ от 35 до 49 пунктов;
- тяжёлая имбецильность — уровень IQ от 20 до 34 пунктов;
- глубокая идиотия — уровень IQ менее 20 пунктов.

Степени умственной отсталости

Тяжесть нарушений интеллекта детей может сильно различаться. Классическая психиатрическая классификация выделяет **три степени отсталости** интеллекта (перечислено по мере усугубления состояния):

степень **дебилности**,
степень **имбецильности**,
степень **идиотии**.



Причины возникновения умственной отсталости

Интеллект формируется:

- Генетикой;
- Факторами среды.

Исключительно генетическими причинами обуславливается более **50 %** случаев тяжёлой умственной недостаточности. Но только **генетические причины нарушения интеллекта встречаются редко.**



Причины возникновения умственной отсталости

Возможные причины детской отсталости в **интеллектуальном развитии:**

- сильная недоношенность плода;
- нарушения родового процесса (наложение щипцов, асфиксии, многоплодная беременность, родовая травма);
- гипоксия мозга, травмы головы, инфекции, поражающие ЦНС (нейроэнцефалопатия);
- психическая и эмоциональная депривация;
- социально-педагогическая запущенность;
- недостаточное питание.

Причины возникновения умственной отсталости

Возможные причины детской отсталости в **интеллектуальном развитии:**

- генетические нервные и метаболические заболевания (кретинизм, фенилкетонурия), хромосомные аномалии;
- поражение плода в утробе матери — врождённые инфекции (цитомегаловирус, краснуха, ВИЧ);
- воздействие токсинов и наркотиков (алкогольный синдром);
- некоторые медикаментозные средства (антиконвульсанты),
- химиотерапия, радиация;



Симптоматика умственной отсталости

Первичные проявления умственной недостаточности:

- отставание интеллекта,
- инфантильное поведение,
- недостаточные навыки по самообслуживанию.
- При лёгкой умственной отсталости такие симптомы могут не проявиться до школьного возраста.



Симптоматика умственной отсталости

- Намного раньше отсталость интеллекта диагностируется при наличии **умеренной и тяжёлой степени** этого нарушения, а также тогда, когда отсталость умственного развития сочетается с дефектами развития и физическими пороками.
- Среди детей дошкольного возраста явным признаком является наличие **сниженного уровня IQ** в сочетании с ограниченностью проявления адаптивных навыков поведения. Эти **сенсорные и двигательные расстройства** являются не причинами умственной недостаточности, а скорее её следствием.



Симптоматика умственной отсталости

- У ряда детей развиваются **признаки тревоги** или же депрессии. Детские поведенческие нарушения при отсталости интеллекта обычно носят ситуационный характер, всегда можно найти то, что провоцирует такое поведение.
- Примером таких провокационных факторов могут быть **социально безответственное поведение, плохая дисциплина, нарушение коммуникации, поощрение неправильного поведения**. Помимо этих факторов, на поведение умственно отсталых детей может сильно влиять **дискомфорт, возникающий вследствие физических нарушений и психических расстройств**.



Классификация умственной недостаточности детей (по Е.И. Богдановой)

Диагнозу «**Отсталость интеллекта**» обязательно должны соответствовать такие симптомы:

- низкий либо ниже среднего интеллектуальный уровень;
- системное недоразвитие речевых навыков;
- некритичное, конкретное мышление;
- некоторые нарушения восприятия;
- разнообразные нарушения внимания;
- плохая продуктивность памяти;
- нарушение эмоционально-волевой сферы;
- недоразвитие всех интересов.



Задержка психического развития (ЗПР)

- **Задержка психического развития (ЗПР)** – темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания.
- ЗПР характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.



Причины ЗПР

1. Биологические факторы: негрубые органические повреждения ЦНС локального характера и их остаточные явления.

2. Социально-психологические факторы: влияние средовых (социальных) факторов, что не исключает наличие первоначальной органической основы нарушения.



1. Биологические факторы ЗПР

- Среди причин биологического характера, действующих в перинатальном периоде и вызывающих задержку психического развития, наибольшее значение имеют патология беременности (тяжелые токсикозы, резус-конфликт, гипоксия плода и др.), внутриутробные инфекции, внутричерепные родовые травмы, недоношенность, желтуха новорожденных, фетальный алкогольный синдром и т. д., приводящие к так называемой перинатальной энцефалопатии. В постнатальном периоде и раннем детском возрасте задержку психического развития могут вызывать тяжелые соматические заболевания ребенка (гипотрофия, грипп, нейроинфекции, рахит), черепно-мозговые травмы, эпилепсия и эпилептическая энцефалопатия и др. ЗПР иногда имеет наследственную природу и в некоторых семьях диагностируется из поколения в поколение.



2. Социально-психологические факторы ЗПР

Чаще всего дети с ЗПР растут в условиях:

- **гипоопеки** (безнадзорности);
- **гиперопеки**;
- **авторитарного** характера воспитания;
- **социальной депривации**;
- **дефицита общения.**



Этиопатогенетическая классификация задержки психического развития (по К.С. Лебединской)

- 1. ЗПР конституционального генеза.
- 2. ЗПР соматогенного генеза.
- 3. ЗПР психогенного генеза.
- 4. ЗПР церебрально-органического генеза.



1. ЗПР конституционального генеза

- Данный вид ЗПР обусловлен **замедлением созревания ЦНС**. Характеризуется гармоническим психическим и **психофизическим инфантилизмом**.
- При психическом инфантилизме ребенок ведет себя, как более младший по возрасту; при психо-физическом инфантилизме страдает эмоционально-волевая сфера и физическое развитие.
- **Антропометрические данные и поведение** таких детей **не соответствуют хронологическому возрасту**. Они эмоционально лабильны, непосредственны, отличаются недостаточным объемом внимания и памяти. Даже в школьном возрасте у них преобладают игровые интересы.



2. ЗПР соматогенного генеза

- Обусловлена тяжелыми и длительными соматическими заболеваниями ребенка в раннем возрасте, неизбежно задерживающими созревание и развитие ЦНС.
- В анамнезе детей с соматогенной задержкой психического развития часто встречаются бронхиальная астма, хроническая диспепсия, сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, пневмонии и др. Обычно такие дети долгое время лечатся в больницах, что вдобавок обуславливает еще и сенсорную депривацию.
- ЗПР соматогенного генеза проявляется астеническим синдромом, низкой работоспособностью ребенка, меньшим объемом памяти, поверхностным вниманием, плохой сформированностью навыков деятельности, гиперактивностью или заторможенностью при переутомлении.



3. ЗПР психогенного генеза

- Обусловлена неблагоприятными социальными условиями, в которых пребывает ребенок (безнадзорностью, гиперопекой, жестоким обращением).
- Дефицит внимания к ребенку формирует психическую неустойчивость, импульсивность, отставание в интеллектуальном развитии. Повышенная забота воспитывает в ребенке безынициативность, эгоцентризм, безволие, отсутствие целеустремленности.



4. ЗПР церебрально-органического генеза

Обусловлена первичным негрубым органическим поражением головного мозга. В этом случае нарушения могут затрагивать отдельные сферы психики либо мозаично проявляться в различных психических сферах.

ЗПР церебрально-органического генеза характеризуется **несформированностью эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности:**

- отсутствием живости и яркости эмоций,
- низким уровнем притязаний,
- выраженной внушаемостью,
- бедностью воображения,
- двигательной расторможенностью и т. п.



Характеристика детей с ЗПР

1. Восприятие: фрагментарно, замедленно, неточно. Отдельные анализаторы работают полноценно, однако ребенок испытывает трудности при формировании целостных образов окружающего мира. Лучше развито зрительное восприятие, хуже – слуховое, поэтому объяснение учебного материала детям с ЗПР должно сочетаться с наглядной



Характеристика детей с ЗПР

2. *Внимание:* неустойчиво, кратковременно, поверхностно. Любые посторонние стимулы отвлекают ребенка и переключают внимание. Ситуации, связанные с концентрацией, сосредоточенностью на чем-либо, вызывают затруднения. В условиях переутомления и повышенного напряжения обнаруживаются признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания.



Характеристика детей с ЗПР

3. *Память:* мозаичность запоминания материала, слабая избирательность, преобладание наглядно-образной памяти над вербальной, низкая мыслительная активность при воспроизведении информации.



Характеристика детей с ЗПР

4. Мышление: более сохранно наглядно-действенное мышление; более нарушенным оказывается образное мышление ввиду неточности восприятия.

Абстрактно-логическое мышление невозможно без помощи взрослого. Дети с ЗПР испытывают трудности с анализом и синтезом, сравнением, обобщением; не могут упорядочить события, построить умозаключение, сформулировать выводы.



Характеристика детей с ЗПР

5. Речь: отличается искажением артикуляции многих звуков, нарушением слуховой дифференциации, резким ограничением словарного запаса, трудностью произвольного контроля за грамматическим оформлением речи, затруднениями построения связного высказывания, речевой инактивностью. Наиболее часто ЗПР сочетается с задержкой речевого развития, полиморфной дислалией, нарушениями письменной речи (дисграфией и дислексией)



Характеристика детей с ЗПР

6. Личностная сфера: характеризуется эмоциональной лабильностью, легкой сменой настроения, внушаемостью, безынициативностью, безволием, незрелостью личности в целом. Могут отмечаться аффективные реакции, агрессивность, конфликтность, повышенная тревожность. Дети с ЗПР часто замкнуты, предпочитают играть в одиночку, не стремятся контактировать со сверстниками.

Игровая деятельность детей с ЗПР отличается однообразием и стереотипностью, отсутствием развернутого сюжета, бедностью фантазии, несоблюдением игровых правил. Особенности моторики включают двигательную неловкость, недостаточную координацию.



Дети с нарушениями речи

- Развитию личности детей с различными дефектами речи посвящен ряд работ Л.С. Выготского, Т.А. Власовой, В.И. Селиверстова, Р.Е. Левиной и др.
- **Дефекты развития речи** – это общее понятие, включающее практически все отклонения в речевом развитии. Нарушения речи могут в разной степени затрагивать те или иные компоненты речи и психики в целом.



Психолого-педагогическая классификация речевых расстройств

Выделяют две группы нарушений:

- *нарушения средств общения* (фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи)
- *нарушения в применении средств общения* (заикание).



Коммуникативная компетентность

- Под речевым общением понимается такая активность взаимодействующих людей, в ходе которой они с помощью языковых средств организуют совместную деятельность. Языковые и коммуникативные способности, в свою очередь, рассматриваются как высшие психические функции.
- При **низком уровне языковой способности** ребенка с общим недоразвитием речи наблюдается недостаточность коммуникативной способности, что, в свою очередь, усложняет процесс учебной коммуникации, речевого взаимодействия в процессе совместной игровой, учебной, трудовой деятельности.



Характеристика детей с нарушением речи

- неадекватно завышенный уровень притязаний;
- внутренний конфликт между притязаниями и неуверенностью в себе;
- нерешительность, конформность, крайняя неуверенность в своих силах;
- искаженное восприятие самого себя и окружающего мира.



Характеристика детей с нарушением речи

- ошибочная оценка своих способностей и личностных свойств;
- реакции дезадаптации (относительно кратковременные **психогенные расстройства**, возникающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами и нарушающие нормальное приспособление к условиям существования).



Ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению реакции дезадаптации:

- невозможность соответствовать ожиданиям семьи (например, быть отличником);
- неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- неспособность справиться с учебной нагрузкой;
- враждебное отношение родителей, педагогов;
- отрыв от семьи, смена школьного коллектива.

Реакции дезадаптации

Общей чертой реакций дезадаптации является утрата или снижение чувства защищенности. Дети могут **остро реагировать** на реальную или воображаемую утрату защищенности.

- Типичные для них кризисные ситуации связаны со **снижением ценности «Я»** – они действительно не оправдывают возлагавшихся на них родителями или педагогами надежд или, им почему-либо так кажется, переживают свою реальную или мнимую непризнанность, несостоятельность, боятся за свое здоровье или жизнь. Наиболее часто трудности возникают, когда ученик не справляется со школьной программой, и тяжело это переживает.



Личностные особенности детей с нарушением речи

Отмечены отклонения в эмоциональных, волевых и мотивационных проявлениях детей: низкая самооценка, чувство неуверенности, тревожность, немотивированные страхи, прежде всего страх речи. Одним из показателей **неэффективного речевого поведения** является ригидность коммуникативных приемов поведения, фиксированность на своем дефекте. Ребенок формирует определенные защитные механизмы, которые накладывают отпечаток на формирование его личности.



Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА)

- В основе *детского церебрального паралича (ДЦП)* лежит раннее повреждение или недоразвитие мозга, вследствие которого возникают различные психомоторные нарушения: повышение мышечного тонуса (спастичность) в сочетании со слабостью мышц (паретичностью), что приводит к ограничению или невозможности произвольных движений; появление насильственных движений (гиперкинезов); нарушение равновесия и координации движений (неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе); нарушения ощущения движений тела или его частей.



Патогенез детского церебрального паралича (ДЦП)

- Определяется **органическими поражениями центральной и периферической нервной системы** под влиянием различных неблагоприятных внешних факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения.
- Среди причин большое значение имеют **асфиксия и родовая травма**, поражение нервной системы при **гемолитической болезни**, **инфекционные заболевания нервной системы**, черепно-мозговые травмы, реже — нарушение мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, пороки развития нервной системы, а также наследственные **болезни нервной и нервно-мышечной систем**.



Степень тяжести речевых нарушений у детей с ДЦП

- 1) легкая степень – нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка;
- 2) нарушения заметны каждому, но речь понятна для окружающих;
- 3) речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих;
- 4) тяжелая – отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (*анартрия*).



Признаки ДЦП

- Отмечаются подергивания языка, губ иногда в сочетании с гримасами лица, тремор языка, синдром нарушений речевого дыхания в тяжелых случаях – непроизвольное открытие рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка.
- Насильственные движения наблюдаются и в покое, и в статических позах.



Дети с комплексными, комбинированными расстройствами

- К данной категории относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью (умственно отсталые незрячие или слабовидящие, умственно отсталые неслышащие или слабослышащие), а также дети, у которых сочетаются различные сенсорные нарушения (глухие слабовидящие, слепые слабослышащие, слепоглухие), или имеется сочетание нарушений опорно-двигательного аппарата с сенсорными или интеллектуальными расстройствами.



Дети с искаженным (дисгармоничным) развитием

- Наиболее характерной моделью искаженного развития является дизонтогенез при синдроме **раннего детского аутизма**. Его этиология и патогенез неясны.
- В значительной части случаев речь идет о ранней детской шизофрении.
- В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития с **органическим поражением мозга**.



Общая характеристика раннего детского аутизма

- *Ранний детский аутизм* – это общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте **до 3 лет** и характеризуется **аномальным функционированием** во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения.
- **У мальчиков** расстройство развивается **в 3–4 раза чаще, чем у девочек.**



Общая характеристика раннего детского аутизма

- При диагностике обращают внимание на следующие признаки: предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет, но если есть, **то аномалия выявляется в возрасте до 3 лет.** Всегда отмечаются **нарушения социального взаимодействия.** Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей.



Общая характеристика раннего детского аутизма

Аутизм проявляется в форме:

- отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков;
- нарушений в ролевых и социально-имитационных играх;
- низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении;
- недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении;
- отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу;
- нарушенного использования тональности и выразительности голоса для модуляции общения;
- такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации.



Общая характеристика раннего детского аутизма

- Это состояние характеризуется также ограниченным, повторяющимся и *стереотипным поведением*, интересами и активностью и проявляется тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни. Обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности.
- Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста.



Общая характеристика раннего детского аутизма

Дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем:

- *фобии* (страхи),
- нарушения сна и приема пищи,
- вспышки гнева и агрессивность,
- частые самоповреждения.

Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере возраста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, поведения и интересов.



Виды раннего детского аутизма

Группа I. Аутистические психопатии. При изучении анамнеза можно встретить указания на поздний возраст родителей, легкие токсикозы и асфиксии в родах, психотравму матери в период беременности, слабость родовой деятельности, заболевания первого года жизни (прививочные реакции, отит и т.д.).

- Интеллект этих детей, как правило, высок (до 120–135 баллов по WISC). Производят внешнее впечатление холодных, гордых, замкнутых. Интересы и увлечения этих детей необычны, односторонни, длительны и характеризуются опережающим несоответствием

возрасту.



Виды раннего детского аутизма

Группа II. Органические аутистические психопатии. В анамнезе детей этой группы обычно выявляются пре- и перинатальные вредности, тяжелые соматические заболевания на первом году жизни.

- Детей этой группы резко отличает более выраженная двигательная неловкость, неуклюжая манера держаться и странная форма общения с окружающими.
- У детей интеллект может быть на уровне средней нормы или даже пограничным. Они склонны к мудрствованию, странным, неумелым рассуждениям, ненужным вопросам и обличительным речам. У многих выражены односторонние бесплодные увлечения и тенденция к фантазированию. Вместо «взрослости» речи здесь часто обнаруживается склонность к сложным и витиеватым формулировкам.



Виды раннего детского аутизма

Группа III. Аутистический синдром при олигофрении.

- У 2/3 этих детей психическая неполноценность связана с **грубой эмбриопатией** (патология, которая возникает в период между первым и третьим месяцами внутриутробного развития) и **интранатальными вредностями**, а у остальных – с неоднократными **тяжелыми заболеваниями**, энцефалитами.
- Дети обладают значительным запасом формальных сведений, которыми в практической жизни пользуются мало или в неподходящей ситуации. Эти дети обращают внимание часто не столько психическим отставанием, сколько странностью и чужаковатостью в поведении. Они часто не сразу откликаются на зов, могут «не замечать» людей.



Виды раннего детского аутизма

Группа IV. Аутизм детей с эпилептическими припадками.

- Неуклюжие, с неловкой моторикой – эти дети хорошо запоминают длинные стихи, сказки, песни. Инстинктивные и эмоциональные проявления у них бедны.
- Склонны к резонерству, фантазированию, бессмысленному любопытству и мудрствованию. Нарушения поведения и интеллекта чаще всего связаны у них с внутриутробными вредностями. При этом недостаточность интеллекта «перекрывается» аутистическими проявлениями, что вообще характерно для органического аутизма.



Виды раннего детского аутизма

Группа V. Аутистические реакции и патологическое развитие личности по аутистическому типу.

- Три основные формы:

- 1) психогенный,

- 2) соматогенный аутизм,

- 3) патологическое развитие личности по аутистическому типу. Такая ситуация создается при ряде длительных заболеваний и состояний, деформирующих внешность ребенка, ограничивающих двигательные возможности, снижающих приток информации и затрудняющих общение.



Особенности психических функций при раннем детском аутизме

- Для всех детей характерна болезненная гиперстезия (повышенная чувствительность) к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам.
- Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующи. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта.



Особенности психических функций при раннем детском аутизме

- Аутическая направленность всей интеллектуальной деятельности.
- Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации.
- Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки, совершают одни и те же стереотипные действия.



Особенности психических функций при раннем детском аутизме

- **Речь:** нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный **мутизм (отказ от речи)**, в других – **аутичная речь**, обращенная в пространство, к самому себе.
- Характерно отсутствие употребления личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.



Особенности психических функций при раннем детском аутизме

- Как в игре, так и в поведении в целом обращает на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, еды и т.д.
- Наряду с неловкостью и слабостью, особенно рук, характерны манерность и вычурность движений, склонность к гримасничанью, неожиданным и своеобразным жестам, трудно отличимым от навязчивых ритуалов.



Три группы детей по степени тяжести и характеру вторичных нарушений речевого развития (О.С. Никольская):

- 1) дети с наиболее тяжелыми нарушениями, которым коммуникативная речь в принципе недоступна. Ребенок манипулирует отдельными звуками;
- 2) дети, у которых речевое развитие менее затруднено. Первые слова могут появляться в нормальное время. Элементарная фраза складывается часто к 3–4 годам, но не развивается дальше; речевой словарь представляет бедный набор отдельных слов штампов;
- 3) дети, которые при, казалось бы, хорошо развитой речи, большом словарном запасе, рано усвоенной развернутой фразе затрудняются в свободном оперировании речью и используют стереотипный набор фраз, производящий впечатление «попугайности», «фонографичности» речи.



Особенности психических функций при раннем детском аутизме

- **Страхи** занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения. Чувство страха вызывает все новое: отсюда стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: **режима, перестановки мебели, даже смены одежды.**



Достижения специальной психологии и коррекционной педагогики

- **Елена Келлер** (1880–1986 гг.). Она была первым человеком, который, не имея зрения и слуха, не только овладела словесной речью во всех ее видах – дактильной, устной, письменной по системе Брайля и буквенной, но и получила высшее образование, говорила на нескольких языках, стала писательницей, ее книги переведены почти на все языки



Достижения специальной психологии и коррекционной педагогики

- **Ольга Скороходова** (Воспитанница И.А. Соколянского и А.И. Мещерякова). Она написала книгу, ставшую психологическим бестселлером, «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир».
- **Загорский детский дом для слепоглухих детей** – воспитанники стали студентами МГУ, а, закончив университет, продолжают заниматься научной работой в области психологии.





Степень примитивности детской психики, характер вооружения культурно-историческими орудиями и способ использования собственных психологических функций – вот три основных момента, определяющих проблему культурного развития дефективного ребёнка.

Л.С. Выготский



Инклюзивное образование в России

Марина Сергеевна Москаленко –

кандидат педагогических наук,

доцент кафедры педагогики и психологии

профессионального образования

имени академика РАО В.А. Слостёнина

**ФГБОУ ВО «Московский педагогический
государственный университет»**

Презентация создана
на основе



Рефлексия

Подведите итог своей работы на педсовете:

1. Узнал (а) _____

2. Разобралась в _____

3. Остались вопросы (укажите, какие) _____

Благодарим за участие



**Спасибо
за
ВНИМАНИЕ**

