

Коррекционно-
воспитательная работа с
воспитанниками с
ограниченными
ВОЗМОЖНОСТЯМИ здоровья

Задержка психического развития (ЗПР)

- **Задержка психического развития** – это нарушение нормального темпа психического развития. Проявляется в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, которое проявляется в неумении сосредоточиться на выполняемом задании, в интеллектуальной недостаточности (умственные способности не соответствуют возрасту).

Причины задержки психического развития

- 1. Биологические:
- патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;
- недоношенность;
- асфиксия и травмы при родах;
- заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребенка;
- генетическая обусловленность - ЗПР не передается по наследству, но в некоторых случаях наблюдается генетическая обусловленность недостаточности ЦНС.

2. Социальные:

- Длительное ограничение жизнедеятельности ребенка;
 - неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребенка.
 - **Признаки ЗПР**
 - Незрелость эмоционально-волевой сферы
 - Нарушение внимания
 - Нарушение восприятия
 - Особенности памяти
 - Проблемы речи
 - Отставание в развитии всех форм мышления
- Диагноз ЗПР ставится в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте.

Типология ЗПР

- **Типология ЗПР**
- Выделяют два варианта ЗПР: медицинский и педагогический.
- Медицинская типология. На основе неврологического анализа у детей раннего возраста предложили выделить 2 типа ЗПР исходя из недоразвития.
Доброкачественное или неспецифическое. Оно не связано с повреждением мозга и с возрастом компенсируется при благоприятных условиях внешней среды даже без специфических мероприятий. Проявляется в запаздывании двигательных функций.
- Специфическая или церебрально-органическая задержка развития связанная с повреждением мозговых структур и частичном отставании их функций.

- Педагогическая типология. 4 типа ЗПР
- **ЗПР конституционального генеза** — состояние задержки определяется наследственностью семейной конституции. В своем замедленном темпе развития ребенок, как бы повторяет жизненный сценарий отца и матери. Генетическая предрасположенность проявляется в высокой чувствительности к средовым факторам развития. К поступлению в школу у этих детей наблюдается несоответствие психического возраста его паспортному возрасту, у семилетнего ребенка он может быть соотнесен с детьми 4 – 5 лет.

Незрелость психического облика проявляется в эмоционально-волевой сфере при относительно сохраненной познавательной деятельности, т.е. незрелость эмоционально-волевой сферы приводит к недоразвития познавательной.

Для детей с конституциональной ЗПР характерен благоприятный прогноз развития при условии целенаправленного педагогического воздействия, доступных ребенку занятий в игровой форме, положительном контакте с учителем. Такие дети компенсируются к 10 – 12 годам. Особое внимание необходимо уделить на развитие эмоционально-волевой сферы.

ЗПР соматогенного генеза – длительные хронические заболевания, стойкие астении (нервно-психическая слабость клеток головного мозга) приводят к ЗПР. Такие дети рождаются у здоровых родителей, а задержка развития – следствие перенесенных в раннем детстве заболеваний: хронические инфекции, аллергии и т.д. первичный интеллект не снижается, но в силу своей истощенности оказывается крайне нетрудоспособным в процессе школьных занятий.

- У всех детей с данной формой ЗПР имеет место выраженные астенические симптомы в виде головной боли, повышенной утомляемости, снижение работоспособности, на этом фоне расстройство, переживание, внимание снижается, память и интеллектуальное напряжение удерживается на очень короткое время. Эмоционально-волевая сфера отличается не зрелостью при относительно сохраненном интеллекте. В состоянии работоспособности могут усваивать учебный материал. В упадок работоспособности могут отказаться от работы.

- Склонны фиксировать внимание на своем самочувствии и могут воспользоваться этими способностями для того, чтобы избежать трудностей. Испытывают трудности в адаптации к новой среде. *Дети с соматогенной ЗПР нуждаются в систематической психолого-педагогической помощи и помощи узкого специалиста-медика.*

- **ЗПР психогенного генеза.** Дети этой группы имеют нормальное физическое развитие, функционально полноценные мозговые системы, соматически здоровы. ЗПР обусловлено неблагоприятными условиями воспитания. Причиной этого типа ЗПР становятся неблагоприятные ситуации в семье, проблемное воспитание, психические травмы. Если в семье имеет место агрессия и насилие по отношению к ребенку или другим членам семьи, это может повлечь за собой преобладание в характере ребенка таких черт, как нерешительность, несамостоятельность, отсутствие инициативы, боязливость и патологическая застенчивость.

- Здесь, имеет место явление гипоопеки, или недостаточного внимания к воспитанию ребенка. Ребенок растет в ситуации безнадзорности, педагогической запущенности. Следствием этого является отсутствие представлений о моральных нормах поведения в обществе, неумение контролировать собственное поведение, безответственность и неспособность отвечать за свои поступки, недостаточный уровень знаний об окружающем мире.

ЗПР церебрально-органического генеза.

Самый распространенный и тяжелый тип ЗПР.

Причиной нарушения темпа развития интеллекта и личности становятся грубые и стойкие локальные разрушения созревания мозговых структур (созревание коры головного мозга) токсикоз беременной, перенесенные вирусные заболевания во время беременности, грипп, гепатит, краснуха, алкоголизм, наркомания, матери, недоношенность, инфекция, кислородное голодание. У детей этой группы отмечается явление церебральной астении, которое приводит к повышенной утомляемости, непереносимости дискомфорта, снижение работоспособности, слабая концентрация внимания, снижение памяти и, следствие этого, познавательная деятельность значительно снижена.

- У детей с ЗПР этого типа диагностируются **минимальные мозговые дисфункции**, поэтому их мыслительные операции не совершенны и по показателям продуктивности приближены к детям с олигофренией. Такие дети знания усваивают фрагментарно. Стойкое отставание в развитии интеллектуальной деятельности сочетается у этой группы с незрелостью эмоционально-волевой сферы. Им необходима систематическая комплексная помощь медика, психолога, дефектолога. Полная компенсация не наступает.

- **Основные этапы компенсации:**

- **Лечебные мероприятия:**

- медикаментозное лечение,

- гомеопатия,

- фитотерапия,

- физиотерапия,

- массаж,

- лечебная физкультура.

- **2. Коррекционно-развивающее обучение** (занятия с логопедом, психологом, учителем-дефектологом).

Логопедия

- **Логопедия** - отрасль дефектологии, наука о нарушениях речи, о методах их профилактики, диагностики и устранения; изучает причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру нарушений речевой деятельности, систему коррекционного воздействия.
- **ОНР** – общее недоразвитие речи - это такое нарушение речи, которое при нормальном слухе и интеллекте резко задерживает формирование каждого из компонентов языка: фонетики, лексики, грамматики.
- **ФФН** –фонетико-фонематическое недоразвитие - это нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Речевые нарушения

Нарушения устной речи
письменной речи

Расстройства фонационного
оформления
семантического

оформления

Нарушения

Нарушения
структурно

Нарушения устной речи

● Расстройства фонационного оформления

- **Дисфония** - отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.
- **Брадилалия** - патологически замедленный темп речи.
- **Тахилалия** - патологически ускоренный темп речи.
- **Заикание** - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.
- **Дислалия** - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

- **Ринолалия** - нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.
- **Дизартрия** - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Заикание

- Первые признаки заикания:
- ребёнок вдруг внезапно замолкает, отказывается говорить (это может длиться от двух часов до суток, после чего ребёнок вновь начинает говорить, но уже, заикаясь);
- употребление перед отдельными словами лишних звуков (а, и);
- повторение первых слогов или целых слов в начале фразы;
- вынужденные остановки в середине слова, фразы;
- затруднения перед началом речи.

Дислалия

- *Механической* (органической) дислалией называют такой вид неправильного звукопроизношения, который вызывается органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения.
- Причины:
- укороченная уздечка языка;
- дефекты строения челюстей;
- неправильное строение нёба;
- толстые губы (часто с отвислой нижней губой, или укороченная, малоподвижная верхняя губа).

- **Функциональной дислалией** называется такой вид неправильного звукопроизношения, при котором не имеется никаких дефектов артикуляционного аппарата.
- **Причины:**
- неправильное воспитание речи ребёнка в семье;
- по подражанию;
- двуязычие в семье;
- педагогическая запущенность;
- недоразвитием фонематического слуха;
- неумением ребёнка удерживать язык в нужном положении или быстро переходить от одного движения к другому.
- Отсутствие звука в речи может выражаться в его выпадении в начале слова (например, вместо *рыба* ребёнок говорит «ыба»)

Виды дислалии:

- Сигматизм - недостатки произношения свистящих (с, з, ц) и шипящих (ш, ж, ч, щ) звуков.
- Ротацизм - недостатки произношения звука р.
- Ламбдацизм - недостатки произношения звука л.
- Дефекты произношения нёбных звуков: каппацизм - к, гаммацизм - г, хитизм - х, йотацизм - й.
- Дефекты озвончения - недостатки произношения звонких согласных звуков; выражается в замене звонких согласных звуков парными глухими звуками: б-п, д-т, в-ф, з-с, ж-ш, г-к и т. д.
- Дефекты смягчения - недостатки произношения мягких согласных звуков, заключающиеся в основном в замене их парными твёрдыми.

Ринолалия

- **Открытая ринолалия.**
- При этой форме ротовые звуки приобретают назальность. Наиболее заметно изменяется тембр гласных *и* и *у*, при артикуляции которых ротовая полость больше всего сужена. Наименьший назальный оттенок имеет гласный *а*, т. к. при его произнесении ротовая полость широко раскрыта.
- **Закрытая ринолалия.**
- Она образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи. Самый сильный резонанс у носовых *м*, *н*. При нормальном их произнесении носоглоточный затвор остаётся открытым и воздух проникает прямо в носовую полость.
- **Смешанная ринолалия.**
- Это состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра.

Дизартрия

- **Виды:**
- Анартрия - полное отсутствие у ребёнка произносительной речи.
- Выраженная дизартрия - страдает артикуляция практически всех звуков речи, включая и гласные.
- «Стёртая» дизартрия – (полное восстановление) страдает произношение лишь отдельных звуков речи при нормальном темпе и ритме речи, и при отсутствии расстройств речевого дыхания и голоса.

Нарушения структурно-семантического оформления

- Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка.
- Афазия - полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи

- Дислексия - частичное специфическое нарушение процесса чтения.
- Дисграфия - частичное специфическое нарушение процесса письма.
- **Дислексия:**
 - **Фонематическая.** Побуквенное чтение; искажение звукослоговой структуры слова (пропуски букв, вставки, перестановки звуков, слогов).
 - **Семантическая.** Механическое чтение; трудности звукослогового синтеза и нечёткостью представлений о синтаксических связях внутри предложения.

- **Аграмматическая.** Изменение падежных окончаний и числа существительных («у товарищах»); неправильное согласование в роде, числе и падеже существительного и прилагательного («интересное сказка»); изменение окончаний глаголов 3-го лица прошедшего времени.
- **Оптическая.** Смешиваются буквы, отличающиеся лишь одним элементом (В-З, Ъ-М); буквы, состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве (Т-Г, Р-Ь, П-Н-И).
- **Мнестическая.** Трудность усвоения букв.
-

Дисграфия

- **Акустическая.**
- Для неё характерны смешения и пропуски; замены букв, обозначающих звуки, сходные по артикуляции и звучанию; отражение неправильного звукопроизношения на письме.
- **Оптическая.**
- Не узнаются отдельные буквы; не соотносятся с определёнными звуками; вследствие неточности зрительного восприятия они смешиваются на письме.
- **Моторная.**
- Для неё характерны трудности движения руки во время письма; нарушения связи моторных образов звуков и слов со зрительными образами.

Ранний детский аутизм (РДА)

- **Аутизм** - отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой

К.С. Лебединская

- **Аути́зм** — особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоционального контакта ребенка с окружающим миром, характеризуется отклонениями в социальном взаимодействии и общении, а также ограниченным, повторяющимся поведением.

- Наблюдается при шизоидном складе личности, при шизофрении.
- Родственные состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы, относят к расстройствам аутистического спектра.

- **Причины аутизма:**

- обусловлен генетически (патология нервной системы);
- органические нарушения центральной нервной системы в период внутриутробного развития, при родах и в раннем детстве;
- непереносимость определенных продуктов.

● Аутистические проявления

- Как особая форма аномального развития. Аутизм является ведущим дефектом в структуре развития.
- Как синдром, наблюдаемый при различных нервно-психических заболеваниях.

Аутизм осложняющие нарушение при различных заболеваниях ЦНС (параутизм). Синдром параутизма может наблюдаться при синдроме Дауна.

Основной признак аутизма – неконтактность ребенка и ребенок не использует речь как средство общения.

Зрительное внимание

- **Зрительное внимание** людей с аутизмом крайне избирательно и очень кратковременно, человек смотрит как бы мимо людей, не замечает их и относится к ним как к неодушевленным предметам. В то же время, он отличается повышенной ранимостью и впечатлительностью, его реакции на окружающее часто непредсказуемы и непонятны окружающим.
- Большое место среди характерных признаков занимают нарушения **речи**, они отражают основную специфику аутизма, а именно – несформированность коммуникативного поведения.

Игровая деятельность при раннем детском аутизме

- При аутизме своеобразный характер имеет **игровая деятельность**: ее характерным признаком является, что обычно играет сам, предпочтительно используя бытовые приборы.
- Сюжетно-ролевые игры со сверстниками не развивается, но наблюдаются своеобразные патологические перевоплощения в тот или иной образ в сочетании с аутистическим фантазированием.
- Характерны нарушения **психомоторики**, которые проявляются с одной стороны в моторной недостаточности, а с другой – в появлении однообразных, стереотипных движений (вращающие движения кистями, руками, сгибание-разгибание пальцев, качание туловища и др.) Такие движения появляются или усиливаются при волнении, при попытке взрослого вступить в контакт с ребенком.

- **Мимика** ребенка маловыразительна, характерен взгляд мимо или «сквозь» собеседника.

Многие дети с аутизмом отличаются повышенной пугливостью, впечатлительностью, склонностью к страхам, при этом особенно выражен страх новизны.

- **Интеллектуальное** развитие разнообразно: среди них могут быть дети с нормальным, ускоренным, резко задержанным и неравномерным умственным развитием.

Может быть также как частичная или общая одаренность, так и умственная отсталость.

Классификация РДА по О. Никольской

- **Первая группа**

характеризуется полной отрешённостью от происходящего. Дети этой группы ничего не просят сами и не реагируют на просьбы. Мимику, речь и жесты не используют. Это самая глубокая форма аутизма.

- **Вторая группа**

- Аутичные дети этой группы в контактах со средой более активны, но большую часть окружающего мира не воспринимают. Для таких детей соблюдение режима дня, ежедневных ритуалов очень важно. В конкретных ситуациях они пользуются речевыми штампами. Для них характерно множество двигательных стереотипов.



● **Третья группа.**

Аутичные дети этой группы часто конфликтуют, поскольку интересы окружающих не учитывают. Их занятия и интересы однообразны. Речь развита («взрослая»), используются сложные фразы. Мышление нарушено, не способны уловить подтекст ситуации.

● **Четвёртая группа**

Характеризуется чрезвычайной трудностью организации общения и взаимодействия. Дети этой группы с трудом усваивают двигательные навыки, их речь бедна и аграмматична, они могут не сориентироваться в простых жизненных ситуациях. Это самая лёгкая форма аутизма.

Мутизм

- Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме необходимо отграничивать от невротических реакций, протекающих по типу пассивного протеста в виду *мутизма*
- *Мутизм* - состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не даёт понять, что он согласен вступить в контакт с окружающими. Может наблюдаться после сотрясения и ушиба мозга, тяжёлой психической травмы, пожара, гибели близких, При мутизме отсутствует как ответная, так и спонтанная речь. При этом способность разговаривать и понимать чужую речь сохраняется.

- **Мутизм** может быть тотальным и избирательным. Избирательный проявляется в том, что ребенок отказывается от речевого общения с определенными лицами, или только со взрослыми, или в определенной обстановке.
- **Мутизм** может быть кратковременным и затяжным. Ребенок с мутизмом должен быть осмотрен детским психоневрологом и для него должна быть создана щадящая психологическая атмосфера в семье и в ДООУ.

Характерен для детей до 10-11 лет, чаще наблюдается у девочек.

Формы раннего детского аутизма

Выделяют 2 формы аутизма:

- Синдром детского аутизма Каннера

Тяжелая форма аутизма, при нем страдает ядро личности. Выявляется в первые месяцы жизни, или на протяжении первого года.

Ребенок начинает раньше ходить, чем говорить. При синдроме Каннера имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз, речь, как правило, не несет коммуникативной функции. Зрительный контакт не устанавливается. Страдают и мальчики, и девочки.

Аутистическая психопатия Аспергера

Вариант Аспергера более легкий. Особенности развития и странности поведения начинают проявляться на 2-3 году жизни, более четко к младшему школьному возрасту.

Речь появляется раньше ходьбы. Синдром Аспергера считается «крайним выражением мужского характера», им страдают **только мальчики**.

Интеллект сохранен, речь ребенок использует как средство общения, возможен зрительный контакт, хотя ребенок и избегает чужого взгляда.