

Дети с задержкой психического развития и умственной отсталостью:

- общее понятие о ЗПР, УО**
- причины возникновения**
- типология отклоняющегося развития**
- особенности мышления, поведения**

**клинический психолог
Евтехова Т.М.**

Основные группы проблемных детей:

- сироты
- беспризорники
- дети с девиантным / делинквентным поведением
- дети с зависимым поведением
- дети с гипердинамическим расстройством детства (СДВГ, нарушения в поведении)
- ВИЧ-инфицированные дети
- дети с ПТСР
- дети с отклоняющимся развитием (ОВЗ, инвалиды, ЗПР, УО)

Термины:

- * **Дети с ограниченными возможностями здоровья** - это дети от 0 до 18 лет, а так же молодежь старше 18 лет, имеющие временные или постоянные нарушения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий для получения образования.
- * **Специальные условия** - это необходимые для получения детьми с ограниченными возможностями здоровья реабилитационных услуг приспособления, технологии, способы, методы, программы, учебники, пособия и другие средства, обеспечивающие реализацию их конституционных прав и свобод

Термины:

***Дети – инвалиды**

дети в возрасте до 16 лет включительно с отклонениями в физическом и/или умственном развитии, имеющие ограничения жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм.

Термины:

*Умственная отсталость (УО) - при олигофрении и при деменции.

Олигофрения относится к обширной группе заболеваний, связанных с нарушением онтогенеза (дизонтогении). Ее рассматривают как аномалию с недоразвитием психики, личности и всего организма больного.

Олигофрении — клинически однородная группа заболеваний различной этиологии, объединяемых двумя обязательными признаками:

- 1) психическим недоразвитием с преобладанием интеллектуальной недостаточности;
- 2) отсутствием прогрессивности / прогрессирования.

Термины:

- * **ЗПР** - синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе средств организма.
- * **ЗПР** - это и нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов. Не могут включиться в школьную деятельность, воспринимать задания и выполнять их.
- * **ЗПР** - это сложное полиморфное нарушение, при котором у разных детей недоразвиты различные компоненты их психической и психофизиологической деятельности.

Причины возникновения ЗПР

М.С.Певзнер и Т.А. Власова выделяют:

1. Неблагоприятное течение беременности

*болезни матери во время беременности (краснуха, паротит, грипп);

*хронические заболевания матери (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы);

*токсикозы, особенно во второй половине беременности;

*токсоплазмоз;

*интоксикация организма матери вследствие употребления алкоголя, наркотиков, никотина, химических лекарственных препаратов, гормонов;

-несовместимость крови матери и младенца по резус-фактору.

2. Патология родов:

*травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения (наложение щипцов, выдавливание плода...);

*асфиксия новорожденных и ее угроза.

3. Социальные факторы:

*педагогическая запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ребенком на ранних этапах развития (до 3-х лет) - эмоциональная депривация;

*наличие криминального окружения;

*низкий уровень образования родителей.

4. Наследственные факторы (врожденная /наследственная неполноценность ЦНС).

Формы и виды ЗПР

по Певзнер и Власовой, 1984г.

- Обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (= неосложненное и осложненное недоразвитие познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы).
- Возникающая на ранних этапах жизни, обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

по В.В.Ковалеву, 1979г.

1. Обусловленная влиянием биологических факторов:

*дизонтогенетический (при состояниях психического инфантилизма)

*энцефалопатический (при негрубых органических поражениях ЦНС)

*ЗПР вторичного характера при сенсорных дефектах (=при ранних нарушениях слуха и зрения)

2. Обусловленная ранней социальной депривацией

по К.С.Лебединской

Это дети с пограничным психическим состоянием, которое характеризуется интеллектуальной недостаточностью, обусловленной остаточными явлениями поражения ЦНС в период раннего развития.

•ЗПР конституционального происхождения

-истинный инфантилизм

-гармонический или психофизический инфантилизм; темп развития задержан только в связи с особенностями эмоционально-волевой сферы, психические процессы в норме.

-психический инфантилизм

- * Состояние определяется наследственностью. Отмечается незрелость телосложения, отставание психического развития от паспортного возраста.
- * Ребёнок быстро находит друзей и покровителей, которые его опекают. Основной фон настроения преимущественно положительный. Эмоциональные реакции поверхностны. Учебная мотивация не сформирована. Превращает учебную деятельность в доступную ему игровую. Не принимает новых требований к поведению. Непоседлив, болтлив. Легко вливается в новый коллектив. Быстро привыкает к новому учителю. Отмечается недостаточный уровень сформированности мыслительных операций, памяти, речи, малый запас знаний и представлений об окружающей действительности.
- * С первых месяцев обучения стойко не успевает.

- **ЗПР соматогенного происхождения**

Нарушений головного мозга нет. Обусловлено хроническими заболеваниями почек, сердца.

В таких случаях формируется астения, именно она задерживает психическое развитие и чаще всего задевает эмоционально-волевою сферу.

- * Дети рождаются у здоровых родителей.
- * Причина ЗПР - перенесённые в раннем детстве заболевания, влияющие на развитие мозговых функций. Психический тонус ребёнка резко снижен. Отмечается незрелость эмоционально-волевой сферы, трудности в адаптации. Со взрослыми вежливы. Без руководящего воздействия не организованны.
- * Трудности в обучении обусловлены сниженной мотивацией достижения. Не хотят преодолевать трудности. Часто отмечается аффективное торможение. Дети вялые, склонны к повышенной фиксации на своём самочувствии. Состояние соматического дискомфорта ребёнка может быть как истинным, так и ложным.
- * Дети критичны к своим неудачам. Часто пропускают школу по болезни.
- * ***Нуждаются в систематической лечебно-педагогической помощи, охранительном режиме.***

ЗПР психогенного происхождения (РЦН)

Это результат психических травм. Психотравмирующие условия: сиротство, безнадзорность, длительное пребывание ребенка в психотравмирующих условиях.

Страдает эмоционально-волевая сфера.

- * Дети имеют нормальное физическое развитие, соматически здоровы.
- * У большинства - мозговая дисфункция. Интеллектуальная мотивация снижена. Эмоции поверхностны. Отмечается несамостоятельность поведения, инфантильность отношений.
- * Низкий уровень анализирующего наблюдения. Интеллектуально пассивны. Внимание неустойчиво. В поведении проявляются индивидуализм, необъективность, повышенная агрессивность или, наоборот, чрезмерная покорность и приспособленчество.
- * Часто воспитываются в неблагополучных семьях (асоциально-попустительских или авторитарно-конфликтных).
- * ***При индивидуальном подходе, достаточной интенсификации обучения дети могут легко заполнить пробелы в знаниях в обычном (массовом) классе.***

Органическое поражение головного мозга.

Причины задержки-поражение мозговых структур в период внутриутробного развития и травмы при родах.

Три варианта:

*неустойчивые дети

*тормозные дети

*психопатоподобные состояния

Тип ЗПР, который никогда не пройдет. Переходит во взрослую жизнь и имеет свои особенности проявления.

Необходимо обучение ребенка в школе 7 вида!!!

- **ЗПР церебрально-органического генеза (РЦОН)**

* (РЦОН=ММД!!!)

- * У детей отмечается грубое и стойкое локальное нарушение созревания мозговых структур.
- * У всех детей - явления церебральной астении (повышенная утомляемость, непереносимость духоты, жары, езды на транспорте, снижение работоспособности, слабая концентрация внимания, снижение памяти).
- * Мыслительные операции несовершенны. Знания усваивают фрагментарно.
- * К концу 1-го года обучения стойко не успевают. Отставание в развитии интеллектуальной деятельности сочетается с незрелостью эмоционально-волевой сферы. Дети не критичны, несамостоятельны, внушаемы, быстро пресыщаются деятельностью. Нечувствительны к собственным промахам. Долго усваивают правила поведения. Ведущий мотив - игра.

по Н.Я. И М.М. Семаго

* Дети с различными вариантами недостаточного развития (с ОВЗ):

Дети с интеллектуальными нарушениями (с вариантами тотального недоразвития) (=УО):

- простой уравновешенный вариант
- аффективно-возбудимый вариант (с нарушениями поведения)
- тормозимо-инертный вариант

Дети с парциальной недостаточностью отдельных компонентов психической деятельности (=ЗПР):

- парциальная недостаточность преимущественно регуляторного компонента деятельности
- парциальная недостаточность преимущественно когнитивного компонента деятельности
- смешанный вариант парциальной недостаточности (недоразвития)

(= по Лебединской «задержка психического развития церебрально-органического генеза)

Дети с задержанным развитием (не ОВЗ)

(гармонический/ дисгармонический инфантилизм)

Парциальная недостаточность (ЗПР)

Общие признаки:

- *снижение работоспособности, психомоторная расторможенность
- *низкий уровень познавательной активности
- *неустойчивость внимания, нарушение скорости переключения внимания, снижение его объема
- *снижение объема памяти, преобладает кратковременная механическая, нежели смысловая
- *наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и словесно-логическое (тем более)
- *возможны легкие нарушения речевых функций
- *незрелость эмоциональной сферы и мотивации, несформированность произвольного компонента деятельности

- *преобладание форм поведения, характерных для более раннего возраста**
- *отставание в развитии произвольной регуляции**
- *отставание в развитии пространственно-временной ориентировки**
- *задержка в развитии разных видов деятельности**
- *неустойчивая учебная мотивация**
- *отставание в развитии творческого мышления**
- *преобладание непроизвольного внимания и памяти**
- *обучаемость замедленна, но при правильно организованном обучении возможно соответствие возрасту**
- *речь недостаточно развитая, словарный запас снижен**

- *наличие критичности и способности к переносу знаний (генерализация и универсализация), при истощении снижается, но принципиально сохранены**

*Дети с вариантами асинхронного развития (ОВЗ)

**Дети с дисгармоничным развитием*

- экстрапунитивный вариант
- интропунитивный вариант
- дисгармония, связанная с нарушением психического (аффективного) тонуса

**Дети с искаженным развитием*

- искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы (РДА)
- искажение преимущественно когнитивной сферы
- мозаичные варианты искаженного развития

**Дети с вариантом одаренного развития (не ОВЗ)*

* Дети с вариантами поврежденного развития
(ОВЗ)

* Дети с вариантами локального повреждения
- легкой степени
- тяжелой степени

* Дети с вариантами диффузного повреждения

* Дети с психической травмой (не имеют статус
дети с ОВЗ)

*Дети с вариантами дефицитарного развития (ОВЗ)

Дети с дефицитарностью дистантных анализаторных систем

- дефицитарность слухового восприятия (неслышащие, слабослышащие, дети с кохлеарными имплантами)
- дефицитарность зрительного восприятия

Дети с дефицитарностью опорно-двигательного аппарата

- психическое развитие при ДЦП
- психическое развитие при иных нарушениях опорно-двигательного аппарата

Дети с дефицитарностью иных анализаторных или функциональных систем (не имеют статус дети с ОВЗ)

Дети с сочетанной дефицитарностью (сложный дефект)

Основные направления работы в специальных (коррекционных) образовательных заведениях:

осуществление комплексной а/реабилитации

- * медицинская абилитация**
- * педагогическая абилитация**
- * физическая абилитация**
- * психологическая абилитация**
- * социально-бытовая абилитация**

Специальные образовательные услуги в школе 7 вида:

- программы с некоторым сокращением объема материала
- учитывается быстрая утомляемость, опора на образцы (наглядность) и показ
- коррекционные занятия
- ритмика, ритмопластика
- ознакомление с окружающим миром
- развитие речи, познавательной и коммуникативной деятельности
- развитие мелкой моторики рук
- трудовое обучение
- коррекция логопедических нарушений
- пропедевтика возникновения новых проблем
- эстетические и музыкальные занятия
- психолого-педагогическая помощь и поддержка
- профессионально-трудовая подготовка
- социально-трудовая адаптация выпускников
- развитие сохранных анализаторов
- ведутся лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия по предупреждению вторичных повреждений, усугубления психофизиологического состояния

Понятия олигофрении и деменции. Причины.
Проявление.

**Деменция - приобретенное слабоумие прогрессирующего характера, при этом присутствуют расстройства мышления, памяти, эмоциональных проявлений. Больной постепенно утрачивает все свои навыки и знания, со временем происходит полный распад личности, на поздней стадии недуга такой человек полностью зависит от помощи окружающих. Обязательно был период нормативного развития. Познавательные функции при деменции отличаются неравномерностью: яркие нарушения в одной области сочетаются с сохранностью других отделов в большей или меньшей мере.*

***Олигофрения - врожденное /приобретенное до 3-х лет слабоумие, представляющее собой необратимый процесс; его характерными чертами являются недостаточность психического и даже физического развития. Интеллектуальные способности такого человека остановились в развитии. Болезнь может развиваться как в раннем, до трех лет, возрасте, так и до рождения ребенка. В случае, когда болезнь приобретена в детстве, интеллектуальное развитие прекращается. Умственная отсталость при олигофрении остается *стабильной*, без дальнейшего ухудшения. У таких больных отсутствует любознательность, тяга к знаниям, самостоятельность. Эмоции приглушены, отвлеченные понятия недоступны, умозаключения даются с трудом. Недоразвитие всех функций (речи, восприятия, моторики, мышления, памяти, эмоций и др.)
Имеет тотальный характер.**

Причины возникновения УО:

(снижение интеллекта обусловлено органическим поражением головного мозга)

*наследственная предрасположенность,

*вредные факторы, влияющие на организм матери

при беременности (лекарства: некоторые антибиотики, противозачаточные препараты;

алкоголь и наркотики, инфекции (особенно, вирусные, например, краснуха, грипп),

* заболевания, которые были до беременности могут спровоцировать развитие УО: токсоплазмоз, сифилис, гепатит, сахарный диабет, сердечные заболевания,

- *тяжелый токсикоз во время беременности, резус-конфликт, патология плаценты,
- *фактором риска умственной отсталости являются недоношенность, стремительные роды, родовые травмы,
- *длительное употребление отцом наркотических средств и алкоголя
- *профессиональные вредности: радиоактивные излучения, агрессивные химические реагенты,
- *йодный дефицит при гипотиреозе у матери,
- *нарушение обмена веществ под действием генетического фактора (например, фенилкетонурия),
- *аномалии развития хромосом (синдром Дауна),
- * гипоксия плода, асфиксия - кислородное голодание плода,
- *болезни, перенесенные в раннем возрасте (коклюш, корь, паротит, цитомегаловирус),
- *нейроинфекции новорожденного.

Степени УО

В зависимости от степени снижения интеллекта, выделяют легкую, умеренную, тяжелую и глубокую форму умственной отсталости.

*Легкая степень УО (=дебильность) (F70)

Внешне такие пациенты практически не отличаются от здоровых людей. Обычно они испытывают сложности в обучении из-за сниженной способности к концентрации внимания. При этом память у них достаточно хорошая.

Часто пациенты с легкой степенью умственной отсталости имеют нарушения поведения. Они зависимы от родителей или воспитателей, их пугает смена обстановки.

Иногда такие пациенты становятся замкнутыми (т.к. плохо распознают эмоции других людей, поэтому испытывают сложности при общении). А иногда наоборот, стараются привлечь к себе внимание различными яркими поступками, обычно нелепыми, а подчас и антисоциальными.

Возможна социальная адаптация!!!

Познавательные расстройства у этих больных заключаются в затруднении формирования сложных понятий и обобщений, невозможности или затруднении абстрактного мышления. Мышление у них преимущественно конкретно-описательное, достаточно развита обиходная речь. Способны к усвоению специальных программ, основанных на конкретно-наглядном обучении, которое проводится в более медленном темпе, а также способностью к овладению несложными трудовыми и профессиональными навыками.

Удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни. Часто эти ребята обнаруживают хорошую практическую осведомленность («их умения больше их знания» - Э. Крепелин).

Многие заканчивают специализированные школы и профессиональные училища, продуктивно работают, заводят семьи, самостоятельно ведут хозяйство.

По сравнению с другими степенями олигофрении черты личности и характера больных отличаются большей дифференцированностью и индивидуальностью.

Однако эти дети с трудом формируют собственные суждения, но легко перенимают чужие взгляды, иногда попадая под нездоровое влияние окружающих (например, могут вовлекаться в бредовые переживания психически больных с формированием индуцированного бреда, к ним привлекаются представители криминального мира (из-за их легкой внушаемости), тогда они становятся либо жертвой обмана, либо игрушкой в руках преступников.

Практически все пациенты этой группы осознают свое отличие от здоровых людей и стремятся скрыть свое заболевание.

***Умеренная степень УО (=имбецильность) (F71)**

Такие пациенты способны испытывать привязанности, различать похвалу и наказание, их можно обучить элементарным навыкам самообслуживания, а иногда и чтению, письму, простейшему счету. Однако самостоятельно проживать они не способны и нуждаются в постоянном контроле и уходе.

Социальная адаптация затруднена.

Овладевают навыками самообслуживания, могут быть приучены к простейшему труду путем тренировки подражательных действий.

Их словарный запас богаче, они в состоянии изъясняться простыми фразами, поддерживать простую беседу.

Относительная адаптация больных с умеренной умственной отсталостью возможна лишь в хорошо знакомых им условиях, любое изменение ситуации может поставить их в затруднительное положение из-за невозможности перехода от конкретных, полученных при непосредственном опыте, представлений к обобщениям, позволяющим переносить имеющийся опыт в новые ситуации.

***Тяжелая степень УО (=тяжелые варианты имбецильности) (F72):**

Познавательная деятельность ограничена возможностью формировать только простейшие представления, абстрактное мышление, обобщения больным недоступны.

Больные овладевают лишь элементарными навыками самообслуживания, их обучение невозможно.

Словарный запас ограничен одним-двумя десятками слов, достаточных для сообщения о своих основных потребностях, выражены дефекты артикуляции.

Часто присутствуют неврологические расстройства, нарушения походки. Больные нуждаются в постоянном контроле и обслуживании.

***Глубокая УО(=идиотия) (F73)**

Этих пациентов раньше считали необучаемыми (сейчас говорят о том, что обучаемы все!!!).

Эмоции ограничены простейшими проявлениями удовольствия и неудовольствия. Такие пациенты нуждаются в постоянном надзоре.

Значительно ограничены познавательные способности: больные практически не способны понимать обращенную к ним речь, не узнают людей, ухаживающих за ними (например, мать), не отличают съедобного от несъедобного (могут поедать несъедобные предметы), не имеют представлений о пространственных отношениях (например, о высоте: могут падать с большой высоты), редко формируют представления о горячем, остром и пр. (могут получать повреждения, ожоги).

Большинство больных не в состоянии освоить даже простейшие навыки самообслуживания (одеться, умыться, пользоваться столовыми приборами и пр.).

Речь или совсем не сформирована (такие больные издают лишь нечленораздельные звуки) или состоит из нескольких простейших слов. Значительно недоразвиты моторные функции больных, в связи с чем многие из них не могут самостоятельно стоять и ходить, передвигаются ползком. Поведение в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью, в других - склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачивание туловищем, взмахи руками, хлопанье в ладоши), а у некоторых больных с периодическими проявлениями агрессии и аутоагрессии (могут внезапно ударить, укусить окружающих, царапать себя, наносят себе удары и т.п.).

В большинстве случаев имеют место грубые неврологические нарушения и тяжелые соматические аномалии. Жизнь таких больных, нуждающихся в постоянном уходе и надзоре окружающих, определяется удовлетворением простейших жизненных потребностей.

Часто нарушено строение внутренних органов, неврологические нарушения: тики, судороги и пр.

Чтобы правильно поставить диагноз УО, необходимо прежде всего, определить уровень социальной адаптации, оценить бытовые и коммуникативные навыки ребенка, уровень состояния психики в целом, перенесенные заболевания, а не только уровень IQ.

*** Специальные образовательные услуги в школе 8 вида:**

- коррекция недостатков физического развития, коррекция двигательных нарушений, статического и динамического равновесия, координации, точности и согласованности движений, развитие мелкой моторики, ЛФК, ритмика**
- развитие ориентировки в пространстве, СБО, социальная адаптация**
- общественно-полезный и производительный труд**
- коррекционные и развивающие занятия по развитию речи, коммуникативной, познавательной деятельности**
- стимуляция словесной регуляции, наглядно-образного мышления**
- формирование и развитие навыков самообслуживания,**
- развитие сохранных анализаторов**
- психологическая поддержка детей и родителей, тесное взаимодействие с семьей**
- профориентация и помощь в трудоустройстве**

Специфика работы:

- учет медицинских противопоказаний
- опора на сохранные анализаторы
- применение полифункциональных упражнений
- стимуляция компенсаторных процессов
- учет индивидуальных способностей и возможностей
- выявление и развитие способностей детей (возможно скрытых)

В первую очередь программы ре/абилитации направлены на обеспечение трудоустройства пациентов с легкой степенью умственной отсталости.

Для этого существуют специализированные учебные заведения, где возможно обучение по адаптированной школьной программе, а затем - освоение несложных профессий (строительных специальностей - маляр, штукатур, плотник или озеленители и пр.)

Нововведения:

1. Механизм реализации конституционного права детей на образование через его дифференциацию (4 варианта).
2. Вариативные формы обучения детей реализуются через понятие адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) .
3. Направленность образования на социальную адаптацию: в содержании выделены два компонента – академический и «жизненной компетенции».
4. Поддержка детей с легкими степенями ОВЗ.
5. Возможность освоения программы на уровне специальной индивидуальной программы развития (СИПР).

Педагогические и психологические правила в работе с детьми с ЗПР или УО:

1. Ровный, выдержанный тон в разговорах с детьми. Говорить отчетливо, неторопливо, по возможности, не повышая голоса.
2. Необходимо помнить, что злоупотребление повышением голоса нервирует детей, возбуждает возбудимых.
3. Спокойные, уверенные движения, отсутствие суетливости, самообладание во все моменты жизни (резкое столкновение между детьми, нервный срыв ребенка, аффективное поведение родителей ребенка, вспышки ярости).
4. Помните, что у аномальных детей часто встречается очень значительная раздражительность и что своим общим поведением педагог лечит их, как и всем режимом учреждения.
5. Твердость и уверенность суждений, замечаний и советов детям. Замечания и советы детям имеют психотерапевтическое значение, они внушают неустойчивой или болезненно направленной воле определенное поведение.
6. Педагог должен выступать перед детьми как личность с сильным характером.

7. Всегда и во всем умеете до конца доводить начатую с детьми работу, проявляйте настойчивость.

8. Не смейтесь ни над какими слабостями и ошибками детей. Не будьте нетерпеливыми, когда дети проявят неумение, смотрите сквозь пальцы на их намеренное неумение.

9. Меньше слов. Слишком много объяснять – значит думать за детей. Говорить коротко, ясно, простым языком.

10. Соблюдайте полное беспристрастное отношение к детям.

11. Не говорите при детях об отрицательных или положительных чертах их самих или других детей, о ваших наблюдениях, характеристиках, семейных условиях, наследственности детей и других данных.

Требования к проведению физминуток

1. Проводится учителем в момент проявления признаков утомления.
2. Проводится для развития мелких мышц на уроках письма, русского языка, математики, трудового обучения.
Для снятия психофизического напряжения - на любых уроках.
3. Проводится артикуляционная гимнастика с движением и проговариванием на уроках литературы, ознакомления с окружающим миром, природоведения, музыки, логопедических занятиях.
4. Продолжительность ФМ 1-3 минуты, на любом этапе урока.
5. На одном уроке может быть 3-4 ФМ.
6. Упражнения ФМ обновляются не реже 2 раз в месяц.
7. В физпаузы включается 5-6 упражнений, на все группы мышц, кратность повторений 4-5 раз.

*Потанцуем ...
Дышать!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!*