

Группы лиц с ОВЗ

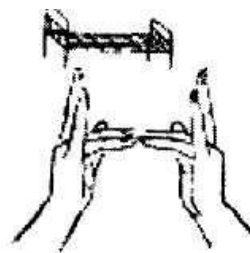


Дети с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья) – это дети, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии.

Категории детей с нарушениями в развитии:

- 1) дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) дети с нарушениями речи;
- 4) дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);
- 5) дети с задержкой психического развития (ЗПР);
- 6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- 7) дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения (РАС);
- 8) дети с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

Лица с нарушениями слуха



кровать



спать



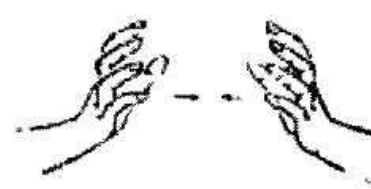
ласковый



чайник



работать



жадный

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

ГЛУХИЕ ДЕТИ

дети, для которых в результате врожденной или приобретенной в раннем возрасте глухоты невозможно самостоятельное овладение словесной речью

СЛАБО СЛЫШАЮЩИЕ ДЕТИ

дети, у которых снижен слух, но на его основе возможно самостоятельное развитие речи. К ним относятся дети со снижением слуха от 20 до 75 дБ.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

РАНООГЛОХШИЕ

Речь детей не формируется

ПОЗДНООГЛОХШИЕ

У этих детей к моменту наступления нарушения слуха речь уже была сформирована.

ГЛУХИЕ ДЕТИ

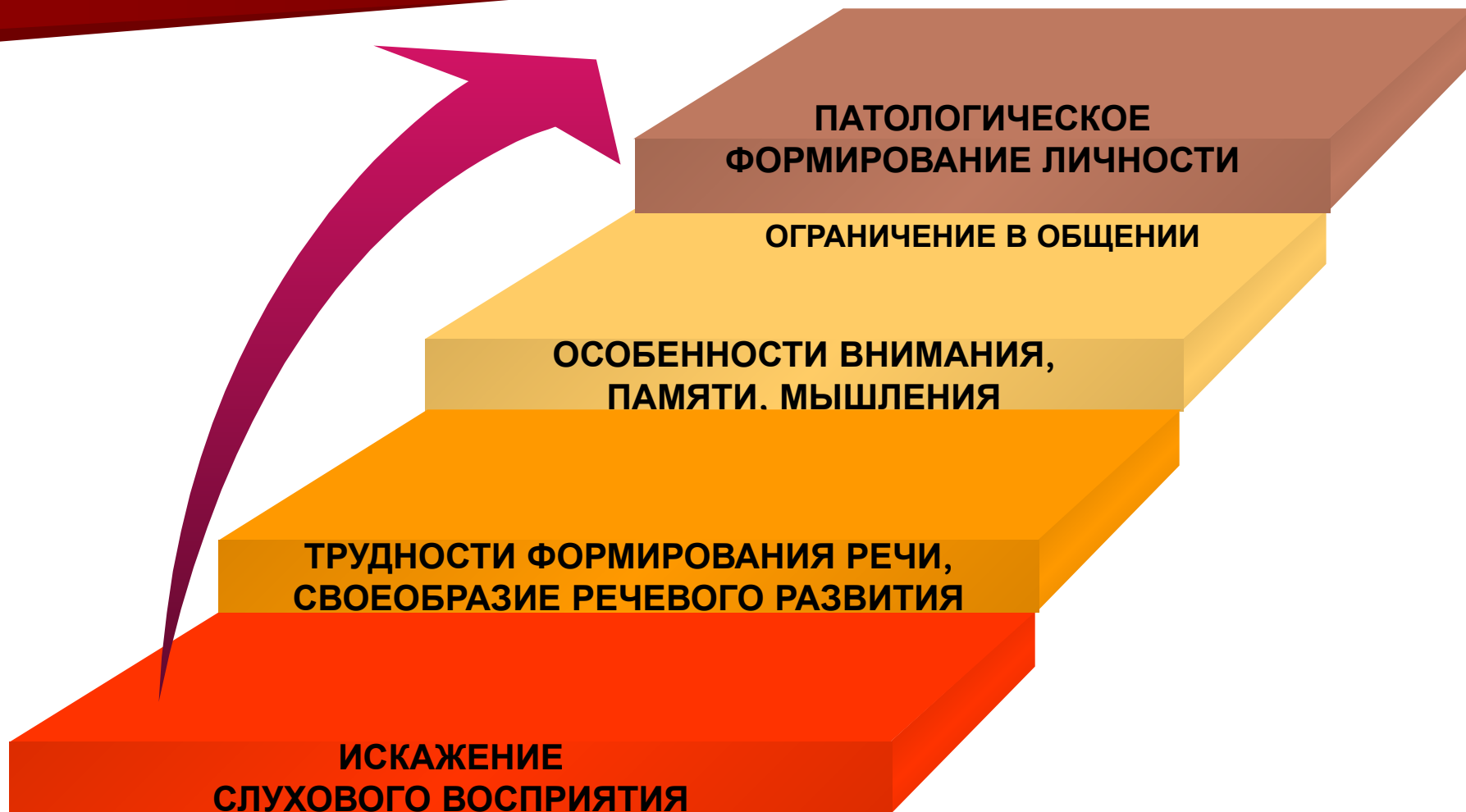
Степень потери слуха	в Дб	Качество слух. восприятия	Доступность самост.общения	Рекоменд.образ. траектория
1 степень тугоухости	До 40 Дб	Слышат разборчиво разговорную речь до 6 м и не слышат шепота	Речь возникает самостоятельно. Самостоятельная речь доступна	Обучение в массовой школе со слух. аппаратом
2 степень тугоухости	До 55 Дб	Слышат разборчиво разговорную речь до 1-3 м	Речь возникает самостоятельно, но с минимальными отклонениями	Обучение в СКОУ II вида (1 отделение) со слух. аппаратом / Обучение в массовой школе со слух.аппаратом, если ребенок псих-ки и физ-ки развит
3 степень тугоухости	До 70 Дб	Слышат разборчиво громкую речь около уха	Речь возникает самостоятельно, но со значительными отклонениями. Соц.общение затруднено	СКОУ II вида (1 отделение)
4 степень тугоухости	До 90 Дб	Слышат неразборчиво крик около уха	Самостоятельно возникает минимальная словесная речь. Соц.контакты нарушены	СКОУ II вида (2 отделение)
глухота	С 91 Дб	Не слышат даже крики	Речь не возникает. Самостоятельная речь вне спец.обучения отсутствует. Жестовая речь.	СКОУ I вида

Психолого-педагогическая классификация (Р. М. Боскис)

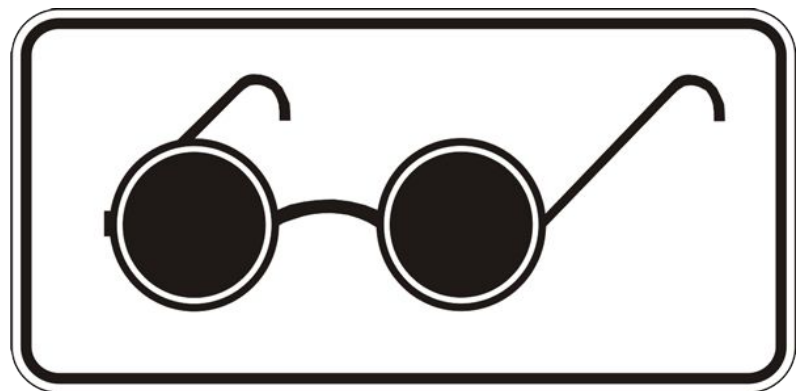
Критерий: способность к самостоятельному появлению словесной речи.

- **Глухие** – лицо, остатков слуха которого осталось недостаточно, чтобы появилась речь.
- **Слабослышащие** – лицо, остатков слуха которого осталось достаточно для самостоятельного появления хотя бы минимальной словесной речи.
- **Позднооглохшие** – лицо, у которого стойкий глубокий дефект слуха (глухота), возникший после сензитивного речевого развития (у девочек – до 1 года – 4 года, у мальчиков – 1 год 2 мес. – 5 лет).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХА



Лица с нарушениями зрения



КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

СЛЕПЫЕ ДЕТИ (НЕЗРЯЧИ Е)

Дети с полным отсутствием зрительных ощущений, сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (с максимальной остротой зрения 0,04 на лучше видящем глазу с применением очков).

Слепота – двусторонняя неизлечимая потеря зрения.

СЛАБО ВИДЯЩИЕ ДЕТИ

Составляют относительно большую группу. К ним относятся дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4, а также с другими нарушениями: сужение поля зрения, патология цветоощущения, косоглазие.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

СЛЕПОРОЖДЕННЫЕ

(отсутствуют зрительные представления)

ОСЛЕПШИЕ

(зрительные представления остались в их памяти)

Чем позже ребенок потерял зрение, тем легче ребенок вспоминает образ предмета (явления) по словесному описанию

**СЛЕПЫЕ
(НЕЗРЯЧИЕ)
ДЕТИ**

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

дети с остротой зрения
от 0,05 до 0,4

дети с нарушением
поля зрения

дети с патологией
цветоощущения,
косоглазием

**СЛАБО
ВИДЯЩИЕ
ДЕТИ**

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ



Лица с нарушениями речи



Клинико-педагогическая классификация нарушений речи

НАРУШЕНИЯ УСТНОЙ РЕЧИ

ДИСФОНИЯ (АФОНИЯ)
РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА

ДИСЛАЛИЯ
НАРУШЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

БРАДИЛАЛИЯ
ПАТОЛОГИЧЕСКИ ЗАМЕДЛЕННЫЙ ТЕМП

ТАХИЛАЛИЯ
ПАТОЛОГИЧЕСКИ УСКОРЕННЫЙ ТЕМП

ЗАИКАНИЕ
НАРУШЕНИЕ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

РИНОЛАЛИЯ (ГНУСАВОСТЬ)
НАРУШЕНИЕ ТЕМБРА И ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

ДИЗАРТРИЯ
НАРУШЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

АЛАЛИЯ
СИСТЕМНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ

АФАЗИЯ
СИСТЕМНОЕ НАРУШЕНИЕ (РАСПАД) РЕЧИ

НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

ДИСЛЕКСИЯ (АЛЕКСИЯ)
РАССТРОЙСТВО ПРОЦЕССА ЧТЕНИЯ

ДИСГРАФИЯ (АГРАФИЯ)
РАССТРОЙСТВО ПРОЦЕССА ПИСЬМА

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

ФНР

Фонетическое нарушение –
нарушения звукопроизношения, в основе которого не лежат нарушения фонематического слуха.

ФФНР

Фонетико-фонематическое нарушение –
нарушения звукопроизношения вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

ОНР

Общее недоразвитие речи –
сложные речевые расстройства, при которых нарушается формирование всех компонентов речи

ЗАИКАНИЕ

Нарушение коммуникативной функции

НАРУШЕНИЯ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ (КОМПОНЕНТОВ РЕЧИ)

Нарушение применения средств общения

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

ОРГАНИЧЕСКИЕ
ИЛИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
НАРУШЕНИЯ

ПОВЫШЕННАЯ
УТОМЛЯЕМОСТЬ.
СНИЖЕНИЕ
РАБОТОСПОСОБНОСТИ

СНИЖЕНИЕ
ВНИМАНИЯ,
ВЕРБАЛЬНОЙ
ПАМЯТИ

**НЕРВНАЯ
СИСТЕМА**

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ
НЕУСТОЙЧИВОСТЬ,
СВОЕОБРАЗИЕ
ХАРАКТЕРА

РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ,
ДВИГАТЕЛЬНАЯ
РАСТОРМОЖЕННОСТЬ

ОГРАНИЧЕНИЕ
В ОБЩЕНИИ

Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата



ВИДЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

ПАРАЛИЧИ – ОТСУТСТВИЕ ДВИЖЕНИЙ

ПАРЕЗЫ – ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ

ДИСТОНИИ – НАРУШЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА

ГИПЕРКИНЕЗЫ – НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДВИЖЕНИЯ

СКОЛИОЗЫ, НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ

АТАКСИИ – НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ И КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ

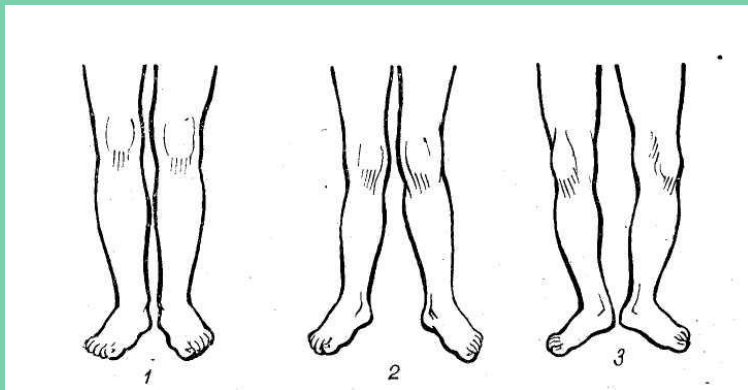
ПЛОСКОСТОПИЕ

НАРУШЕНИЕ ОЩУЩЕНИЙ ДВИЖЕНИЯ –
КИНЕСТЕЗИИ

ПРИМЕРЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

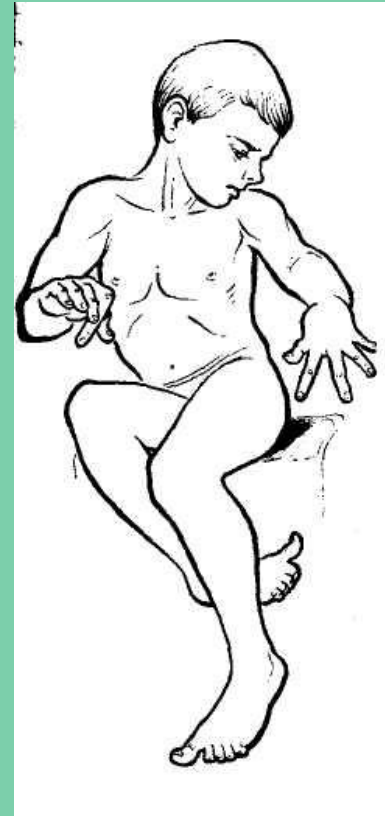


ГЕМИБАЛЛИЧЕСКИЙ ГИПЕРКИНЕЗ

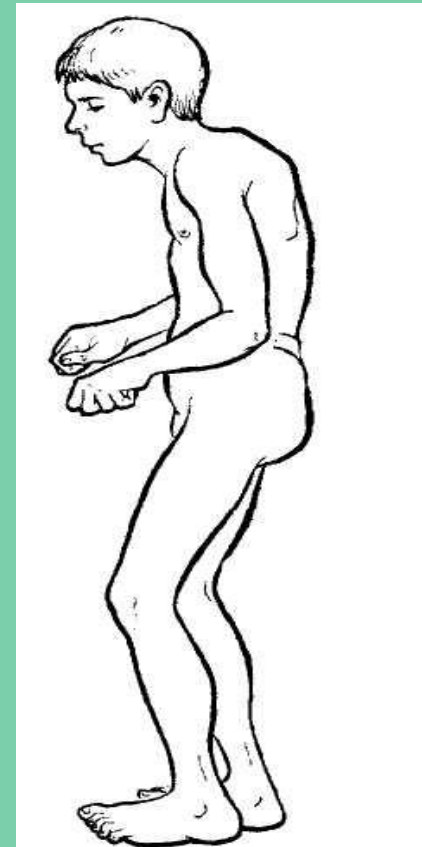


НОРМА

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ
ФОРМИРОВАНИЕ
ФОРМЫ НОГ



ТОРЗИОННЫЙ
СПАЗМ

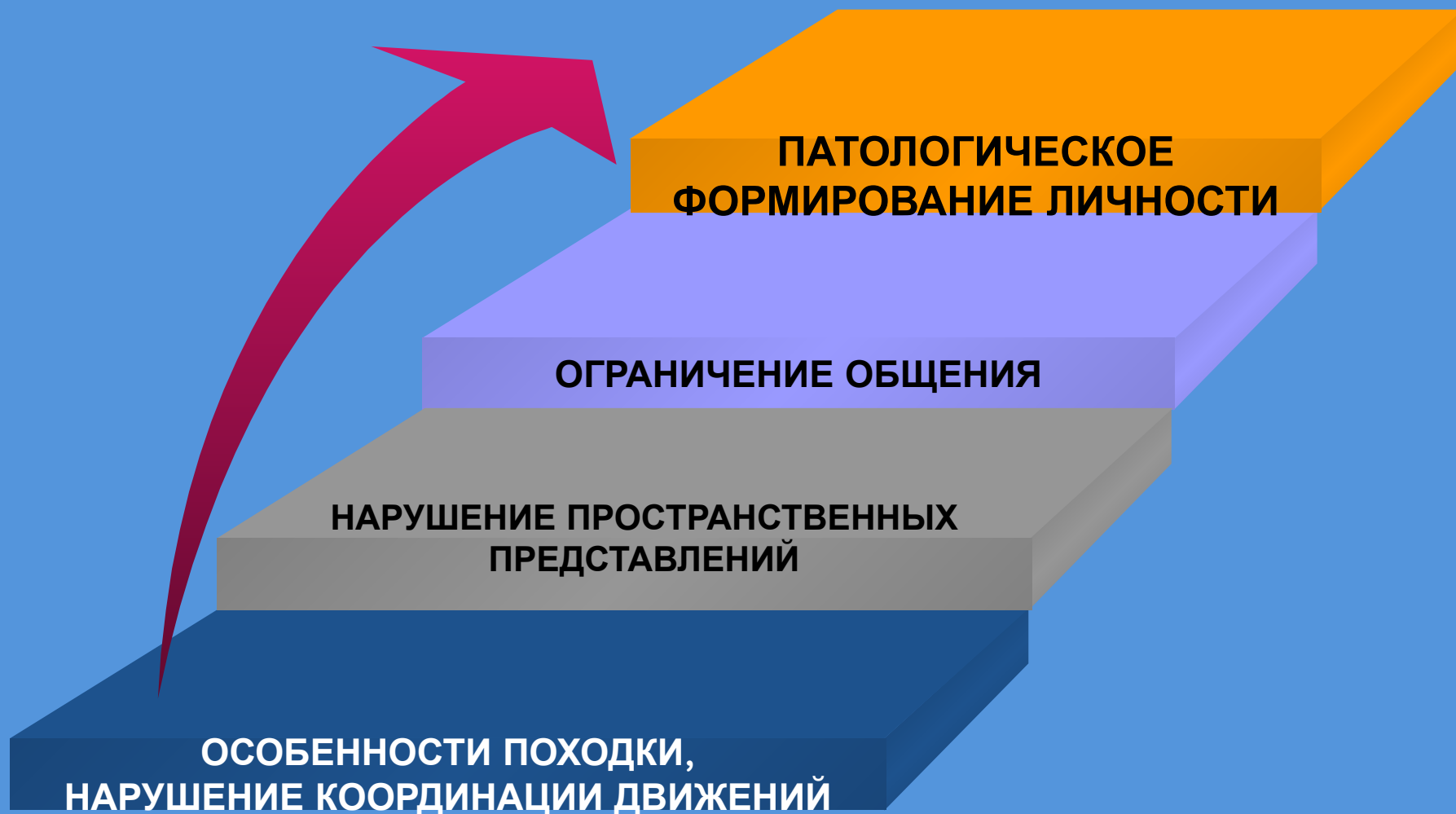


ХАРАКТЕРНАЯ
ПОЗА БОЛЬНОГО
ПРИ СИНДРОМЕ
ПАРКИНСОНИЗМА

Классификация ДЦП по Семеновой(1978)

- Гемипаретическая;
- Гиперкинетическая;
- Спастическая диплегия;
- Двойная гемиплегия;
- Атонически-астатическая форма

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА



Классификация детей с задержкой психического развития по Т.А. Власовой, М.С. Певзнер

1

ЗПР,
сопровождающаяся
психическим и
психофизическим
инфантилизмом

(гармоническим или
дисгармоническим)

Инфантилизм – состояние,
при котором в психике
и поведении ребенка
сохраняются черты, присущие
ранней ступени развития

2

ЗПР со стойкой
церебральной астенией

Церебральная – мозговая;
астения – ослабленность

Классификация детей с задержкой психического развития по К.С. Лебединской

ЗПР
конституционального
происхождения

ЗПР
соматогенного
происхождения

ЗПР
психогенного происхождения

ЗПР
церебрально-органического
происхождения

**Группы
детей
с ЗПР**

Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР

Отставание в психическом развитии во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста

Замедленная скорость приёма и переработки сенсорной информации

Недостаточная сформированность умственных операций

Низкая познавательная активность и слабость познавательных интересов

Ограниченность, отрывочность знаний и представлений об окружающем

Отставание в речевом развитии: недостатки произношения, аграмматизмы, ограниченность словаря

Общие признаки

Лица с умственной отсталостью



Формы умственной отсталости

Олигофрения

Умственная отсталость, которая возникает вследствие органического поражения коры головного мозга в пренатальный натальный и постнатальный периоды

Деменция

~~умственная~~
отсталость, которая возникает после определенного периода нормального развития ребенка (после двух лет). Часто возникает при текущих ~~заболеваниях~~ ~~мозга~~

Степени умственной отсталости по МКБ-10 и МКБ-9

IQ	шифр	МКБ-10	МКБ-9
50-70	F 70	<u>Легкая умственная отсталость</u> , затруднения в учении	Дебильность
35- 49	F 71	<u>Умеренная умственная отсталость</u> , трудности в обучении	Имбецильность
20-34	F 72	<u>Тяжелая умственная отсталость</u> , значительные трудности в обучении	
менее 20	F 73	<u>Глубокая умственная отсталость</u>	Идиотия

Клинико-патогенетическая классификация умственной отсталости
(по Г.Е. Сухаревой)

Неосложненная
форма умственной
отсталости

Осложненные
формы умственной
отсталости

Атипичические
формы умственной
отсталости

С церебрастеническим или
гипертензионным
синдромами

С выраженными
расстройствами поведения

С эмоционально-волевыми
расстройствами

С частыми
эпилептическими
припадками

С прогрессирующей
гидроцефалией

С эндокринными
расстройствами

С нарушениями зрения
или слуха

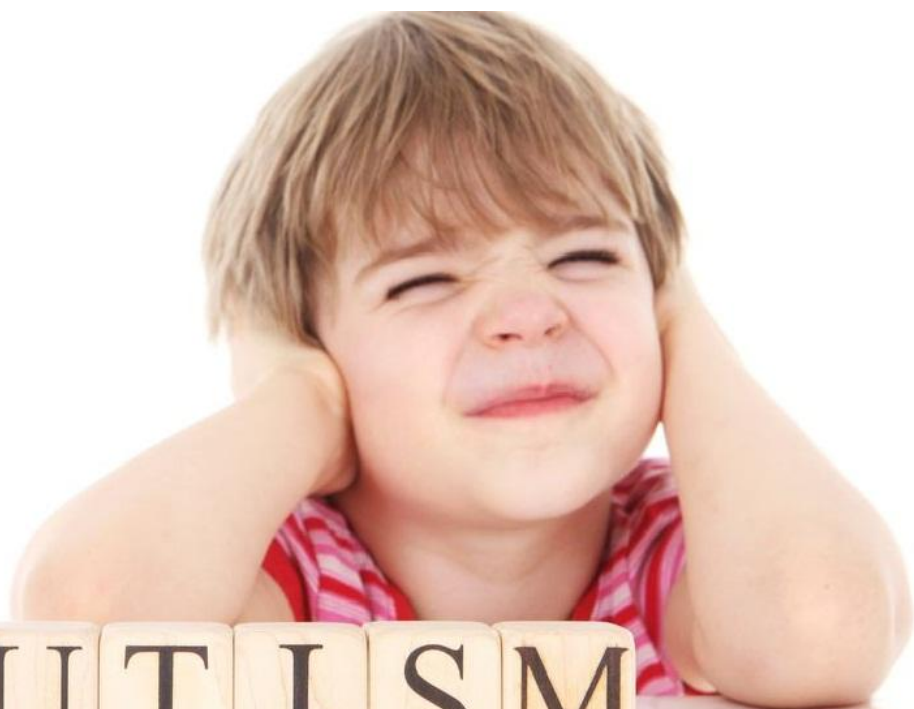
Клинические формы умственной отсталости



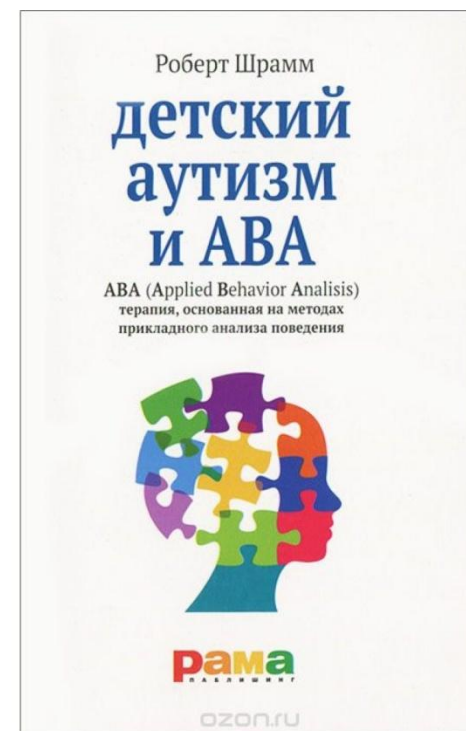
Диагностические критерии умственной отсталости

- *Клинический* - наличие органического поражения головного мозга;
- *Психологический* - стойкое нарушение познавательной деятельности;
- *Педагогический* - низкая обучаемость.

Лица с нарушением эмоционально-волевой сферы и поведения



AUTISM



Классификация общих расстройств психологического развития по МКБ-10

F.84.0. Детский аутизм

F.84.1. Атипичный аутизм

F.84.2. Синдром Ретта

F.84.3. Другие дезинтегративные расстройства детского возраста

F.84.4. Гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

F.84.5. Синдром Аспергера

F. 84.8. Другие общие расстройства развития.

F. 84.9. Общие расстройства развития, не уточненные

Классификация аутизма (Никольская О.С.)

- Первая форма – полная отрешенность от происходящего;
- Вторая форма – активное отвержение;
- Третья форма – захваченность аутистическими интересами;
- Четвертая форма – чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия.

- **Дети 1-й группы с аутистической отрешённостью от окружающего** характеризуются наиболее агрессивной патологией, наиболее тяжёлыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны. Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжёлые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими. Не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они бездеятельны, и беспомощны, редко владеют навыками самообслуживания.
- Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными. Полностью несостоятельными в произвольной деятельности. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо. Элементарный счёт и даже чтение про себя. Но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.
- **Дети 2-й группы с аутистическим отвержением окружающего** характеризуются определённой возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счёт аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т.д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т.д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне. Внешний рисунок их поведения _ манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно мало доступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная « симбиотическая » связь с матерью. Ежеминутное присутствие которой- непреложное условие их существования.
- Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще- массовой, реже во вспомогательной).

- **Дети 3-й группы с аутистическими замещениями окружающего мира** характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребёнком как стихийная психодрама, которая снимает пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развёрнутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны. Низка способность к сопереживанию. При развёрнутом монологе очень слаб диалог.
- Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.
- **Дети 4-й группы** характеризуются **сверхтормозимостью**. У них не менее глубокий аутистический барьер, меньше выражена патология аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане _ неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счёт активного усвоения поведенческих штампов. Формирующихся образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от неё.
- Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одарённость.

Признаки аутизма

- Отсутствие реакций на эмоции других людей, на изменения социальной ситуации
- Неконтактность, отсутствие эмоциональной реакции на попытки вступить в беседу с ребёнком
- Привязанность к ритуалам нефункционального характера (озабоченность датами, маршрутами, расписаниями и т.п.)
- Склонность к жёсткому, раз и навсегда заведённому порядку в повседневной жизни, болезненная реакция на изменения этого порядка
- Использование периферического зрения при всех контактах, т.е. аутист никогда не смотрит в глаза



- Недостаточная гибкость речевого выражения, нарушенное использование интонаций при общении
- Отсутствие сопровождающей речь жестикуляции
- Ограниченный круг интересов
- Стереотипное, повторяющееся поведение
- Помимо специфических признаков часто обнаруживается ряд других проблем: страхи, нарушения сна и приёма пищи, вспышки гнева и агрессивность. В большинстве случаев (в 3 из 4) имеется умственная отсталость

■ Нарушение социальных взаимодействий

■ Нарушения в общении

■ Нарушения в поведении

■ Факультативно

Лица с тяжелыми множественными нарушениями в развитии



Варианты происхождения сложных дефектов:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);
- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);
- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);
- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;
- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

К группе высокого риска относятся:

- дети с выявленным поражением какой-либо одной системы организма (тяжелое поражение ЦНС, глубокое поражение слуха, зрения, движений);
- дети с врожденными множественными пороками развития;
- глубоко недоношенные дети;
- дети, матери которых перенесли во время беременности инфекционные заболевания (краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, грипп и др.);
- дети, перенесшие нейроинфекцию (менингит или менингоэнцефалит) в раннем возрасте;
- дети, рожденные матерями, имеющими такие хронические заболевания (диабет, хронические заболевания почек, рассеянный склероз, гепатит и др.);
- дети из семей, где отмечалось рождение родственников с множественными поражениями;
- дети, у которых сразу после рождения обнаруживаются трудности глотания и сосания из-за сужения или атрезии хоан.

КЛАССИФИКАЦИЯ СЛОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ ПО М. В. ЖИГОРЕВОЙ

1 (низкий) уровень психического развития

представлен немногочисленной группой детей с комплексными нарушениями.

Дети характеризуются стойкими нарушениями психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в сфере социального развития, познавательных процессов, речевом развитии. У подавляющего большинства детей отмечается формальный контакт со взрослыми или наблюдаются случаи полного отказа от сотрудничества. Пассивность и крайне сниженная потребность в общении, слабый интерес к окружающему тормозят процесс формирования коммуникативных средств. Дети длительное время остаются на эмоционально-личностной форме общения, предпочитая телесный контакт: основными средствами у детей являются

экспрессивно-мимические проявления, отдельные вокализации.

Им доступна в основном совместная деятельность с педагогом, психологом. Подражательная деятельность не сформирована, в отдельных случаях присутствуют только ее начатки. Саморегуляция и контроль отсутствуют, дети инертны. Помощь не воспринимают.

Зона ближайшего развития детей I (низкого) уровня значительно сужена.

2 (средний) уровень психического развития

К этому уровню было отнесено наибольшее количество детей.

Имеющиеся различные нарушения, представленные в структурах комплексного нарушения II уровня, влекут за собой неравномерное изменение различных сторон психической деятельности. Одни психические процессы оказываются не сформированными более резко, другие - относительно благополучны.

Для детей II уровня характерна недостаточность наглядно-действенного, наглядно-образного мышления, низкий уровень словесно-логического мышления. Дети не владеют в полной мере интеллектуальными операциями, которые являются необходимыми компонентами мыслительной деятельности, в частности, такими, как анализ, синтез, сравнение. Внимание недостаточно устойчивое. Отставание в развитии моторики (двигательная неловкость и недостаточная координация) прослеживается у всех детей II уровня. Отмечаются нарушения в эмоционально-волевой сфере.

Дети с комплексными нарушениями II уровня более перспективны в плане развития и интеграции в общество, у них ярче проявляется адекватность поведения, они энергичны в своих действиях в отличие от детей I уровня.

3 (выше среднего) уровень психического развития

Сравнительно рано приучаются к общественным правилам поведения, овладевают в достаточном объеме навыками самообслуживания, коммуникации, игровыми действиями.

Общим для них в отставании развития мышления является недостаточная сформированность операций обобщения, абстрагирования. В то же время, у большей части детей данного уровня сформированы операции анализа, синтеза, и они могут применять их в решении несложных задач, т.е. дети способны к переносу усвоенных умений и навыков в различных ситуациях. В процессе самостоятельной деятельности при выполнении заданий дети используют самые незначительные остатки зрения и слуха. У детей III уровня внимание, эмоционально-волевая сфера более устойчивы, эмоциональные проявления адекватны и разнообразны, наблюдается уравновешенность процессов возбуждения и торможения, что дает возможность регулировать свое поведение. Отсутствие или частичная потеря зрения, слуха, нарушения опорно-двигательной системы, задержки психического развития, наблюдаемые у детей с комплексными нарушениями III уровня, значительно сужают канал в познании окружающего мира и планомерности формирования речи.

Характер деятельности детей III уровня более целенаправленный, произвольно управляемый, мотивированный. Для ребенка возникает значимость достижения определенного результата своей деятельности. Этих детей отличают также положительные изменения в развитии личностных компонентов: правильное понимание ситуации, выраженная чувствительность к похвалам и порицанию, осуществление контроля за своей деятельностью, умение использовать оказанную помощь.

В КАЖДОМ КЛАССЕ (НА СТУПЕНИ) МОГУТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ДЕТИ, ИМЕЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1.** дети с тяжёлыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, не передвигающиеся самостоятельно (вследствие сложных форм ДЦП со спастическим тетрапарезом, гиперкинезами и т.д.), в сочетании с нарушениями интеллекта, нуждающиеся в постоянной физической помощи взрослого (в переносе, передвижении коляски, при одевании и раздевании, туалете, приеме пищи и т.д.);
- 2.** дети с расстройствами аутистического спектра в сочетании с нарушениями интеллекта, у которых присутствует агрессия, самоагрессия, крик, стереотипии, «полевое» поведение и другие проявления деструктивного характера. В связи с этим они нуждаются в постоянном присмотре и сопровождении;
- 3.** дети с умеренной умственной отсталостью, без других нарушений или в сочетании с более лёгкими формами (чем в двух вышеназванных случаях) других нарушений, не требующие постоянной помощи и контроля со стороны персонала;
- 4.** дети с сенсорными нарушениями в сочетании с нарушениями интеллекта в форме умеренной, тяжелой или глубокой умственной отсталостью, но без выраженных нарушений поведения или ОДА. Сбалансированная вариативная комплектация классов/ступеней, во-первых, позволяет создать условия, которые благоприятствуют тому, что дети, несмотря на их разные возможности, учатся подражать и помогать друг другу. Во-вторых, позволяет рационально распределять нагрузку персонала класса, связанную с уходом за детьми и обеспечением их безопасности.

