

Психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья



ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА

- 1. Нарушения психических функций** (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций).
- 2. Нарушения сенсорных функций** (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности).
- 3. Нарушения аутистического спектра** (РДА, синдром Ретта, синдром Аспергера и т.д.).
- 4. Хромосомные и генные нарушения** (синдром Дауна, синдром Вильямса, синдром Лежена и т.д.).
- 5. Нарушения языковых и речевых функций** (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования).
- 6. Нарушения опорно-двигательного аппарата** (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений). Детский церебральный паралич (ДЦП).
- 7. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.**
- 8. Нарушения, обусловленные физическим уродством** (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Дефекты могут иметь разное *качество и степень выраженности*, что определяет *ограниченные возможности здоровья или инвалидность*.

Дети – инвалиды входят в число детей с ограниченными возможностями здоровья.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).



1. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ



НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Интеллектуальные нарушения:

- Задержка психического развития (ЗПР).
- Педагогическая запущенность.
- Умственная отсталость (УО), олигофрения.
- Деменция.

Нарушения поведения:

- Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).



ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Задержка психического развития - замедление нормального темпа психического развития; отсутствие нарушений отдельных анализаторов и крупных поражений мозговых структур; незрелость сложных форм поведения и целенаправленной деятельности; быстрая утомляемость; низкая работоспособность (*VII вид, классы компенсирующего обучения в ОО*).

Педагогическая запущенность - задержка психического развития, возникающая в условиях социального неблагополучия.

Умственная отсталость (от древнегреч. «ὀλίγος» - малый; «φρήν» - ум, разум) - стойкое, необратимое недоразвитие уровня психической деятельности, связанное с врожденной или приобретенной (деменция) органической патологией головного мозга:

- легкая - IQ от 50 до 69 (в зрелом возрасте соответствуют развитию 9-12 лет) (*VIII вид*);
- умеренная – IQ от 35 до 49 (в зрелом возрасте соответствуют развитию в 6-9 лет);
- тяжелая – IQ от 20 до 34 (в зрелом возрасте соответствуют развитию 3-6 лет);
- глубокая - IQ ниже 20 (в зрелом возрасте соответствуют развитию 3 лет).

Норма IQ – от 80 до 119.

Деменция (от нем. «de» - снижение; «mens» - ум, разум) - приобретенная умственная отсталость.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Показатели	Задержка психического развития	Педагогическая запущенность	Умственная отсталость	Деменция
Возраст	С младенчества	С начала воздействия социального неблагополучия	До 2-3 лет	После 3 лет
Распространенность	7-11%		3%	
Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом	Социокультурный фактор	Социокультурный фактор	Биологический фактор	Биологический фактор
Функциональная локализация нарушения (дефекта)	Характерны только частные дефекты	Характерны только частные дефекты	Приоритет общих дефектов над частными	Приоритет общих дефектов над частными

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ПРИЧИНЫ

Задержка психического развития	Педагогическая запущенность	Умственная отсталость	Деменция
- отягощенная наследственность; - патология беременности и родов; - хронические заболевания родителей; - неблагоприятная экология; - курение, алкоголизм; - неблагоприятный психологический микроклимат в семье или в школе и т.д.	- социальное неблагополучие в семье.	- патологическая наследственность; - хромосомные нарушения; - органические повреждения мозга и т.д.	- шизофрения; - эпилепсия; - воспалительные заболевания мозга; - травмы мозга (сотрясения, ушибы); - хромосомные нарушения; - нейродегенерация с накоплением железа в тканях мозга и т.д.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ХАРАКТЕР

Задержка психического развития	Педагогическая запущенность	Умственная отсталость	Деменция
Устойчивое течение без ремиссий и рецидивов, может прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка. При своевременной и адекватной коррекционной работе носит <i>обратимый характер</i>.	У ребенка остается интерес ко всему новому. Отсутствует тугоподвижность мышления. Страдают только те сферы психики, которые подверглись неблагоприятному воздействию. При своевременной и адекватной коррекционной работе носит <i>обратимый характер</i>.	Нет прогрессии.	Негативно прогрессирующий. 

Психологическая характеристика детей с задержкой психического развития

Дети с задержкой психического развития:

- характеризуются сохранным интеллектом;
- отличаются низкой мотивацией к обучению;
- отстают в овладении школьными навыками (чтение, письмо, счет) и не достигают желаемых результатов в школе;
- имеют повышенную подвижность и эмоциональную неразвитость;
- страдают плохой концентрацией внимания;
- не могут учиться в большой группе и самостоятельно выполнять задания.



Рекомендации педагогам, работающим с детьми с ЗПР

Учителям необходимо:

- адаптировать содержание учебного материала, выделяя в каждой теме базовый материал, подлежащий многократному закреплению, дифференцировать задания в зависимости от коррекционных задач;
- тщательно отбирать и комбинировать методы и приемы обучения с целью смены видов деятельности детей;
- использовать ориентировочную основу действий (опорных сигналов, алгоритмов, образцов выполнения задания);
- использовать обучение без принуждения, основанное на интересе, успехе, доверии, рефлексии изученного;
- *исходить из возможностей ребёнка*: задание должно лежать в зоне умеренной трудности, но быть доступным, так как на первых этапах коррекционной работы необходимо обеспечить ученику субъективные переживания успеха на фоне определённой затраты усилий;
- постепенно увеличивать трудность заданий пропорционально возрастающим возможностям ребёнка;
- *следить за успеваемостью ребенка*: после каждой части нового учебного материала проверять, понял ли он его;
- посадить ребенка на первые парты, как можно ближе к учителю, так как контакт глаз усиливает внимание;
- развивать в ребенке положительную самооценку;
- требовать структурирования действий при делении и умножении чисел.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ):

СТАТИСТИКА, ПРИЧИНЫ

Статистика:

- США - 4-20%;
- Великобритания - 1-3%;
- Италия - 3-10%;
- Китай - 1-13%;
- Австралия - 7-10%;
- Россия - 4-18%.

Причины:

- раннее повреждение ЦНС в период внутриутробного развития и родов - 84% случаев;
- генетические причины – 57% случаев;
- негативное действие внутрисемейных факторов – 63% случаев.



Условия диагностики СДВГ

Для постановки диагноза необходимо:

- наличие 6 или более симптомов СДВГ, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев;
- некоторые симптомы СДВГ начинают вызывать беспокойство в возрасте ребенка до 7 лет;
- проблемы возникают в двух или более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома);
- имеются убедительные сведения о значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.



2. НАРУШЕНИЯ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ

**Объединение Тверских родителей детей с нарушением слуха после
операции кохлеарной имплантации «Океан звуков»**

<http://okeanzvukov.ru/>



ДЕТИ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Слепые (незрячие) - полное отсутствие зрительных ощущений, прогрессирующее заболевание и сужение поля зрения до $10 - 15^\circ$ с остротой зрения до 0,08.

Слабовидящие - острота зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками.

Слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Поздноослепшие.

Косоглазие (горизонтальное, вертикальное).

Амблиопия («ленивый глаз») (от др. греч. ἀμβλῦς - тупой и ὀψ + ὀπός - глаз) - ослабление зрения функционального и зачастую вторичного характера (при отсутствии структурных изменений зрительного анализатора), не поддающееся коррекции с помощью очков или контактных линз.



Рекомендации педагогам, работающим с детьми с нарушением зрения

Учителю необходимо:

- дозировать учебные нагрузки; применять специальные формы и методы обучения, специальные учебники и наглядные пособия;
- использовать оптические и тифлопедагогические устройства, развивающие познавательные процессы детей;
- направить работу на социально-трудовую адаптацию;
- во время проведения уроков чаще переключать внимание детей с одного вида деятельности на другой;
- учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих школьников;
- проводить физкультурные паузы (дыхательные упражнения; хватательные, сгибательные и разгибательные упражнения для кистей рук);
- следить за тем, чтобы дети не наклоняли голову вниз и не делали резкие движения тела;
- размещать слабовидящих детей ближе к естественному источнику света;
- детей с катарактой и помутнением роговицы размещать дальше от источника света, так как у них может быть светобоязнь;

Педагогу-психологу необходимо:

- использовать на коррекционно-развивающих занятиях упражнения для развития мимики и пантомимики, ориентировки в пространстве, социально-бытовой ориентировки, развития зрительного восприятия, осязания и мелкой моторики рук и т.д.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Норма - диапазон от 10-20 до 2000 Гц.

Глухие (неслышащие) – тотальное отсутствие или снижение слуха выше 80 дБ, в результате чего невозможно самостоятельное овладение словесной речью.

Слабослышащие (тугоухие) – снижение слуха, но на его основе возможно самостоятельное развитие речи.

Позднооглохшие.

Дети с кохлеарным имплантом.



ДЕТИ С КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ

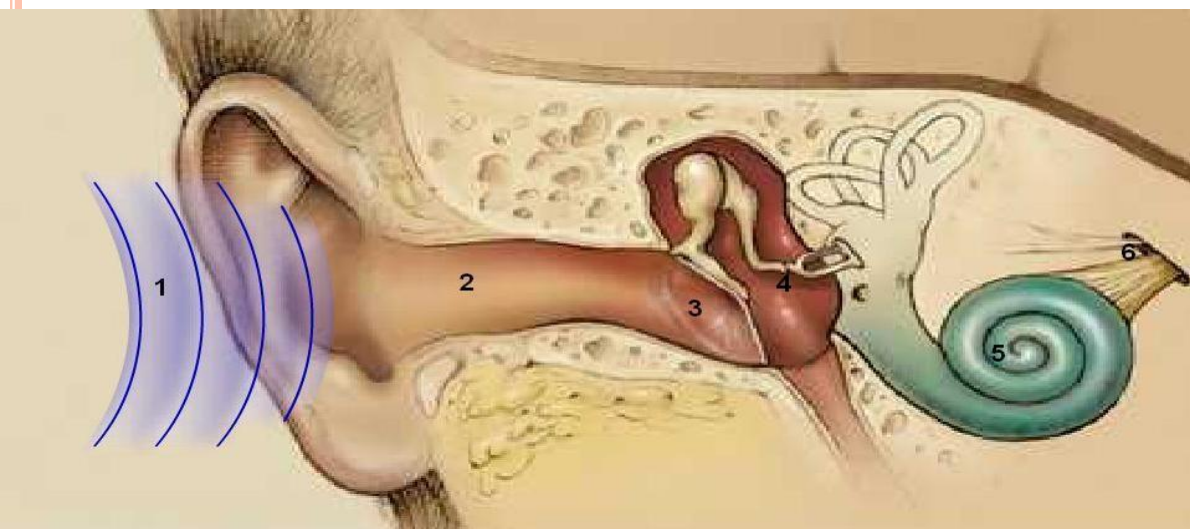
В мире насчитывается более 70 000 человек, пользующихся системами кохлеарной имплантации.

Схема работы кохлеарного импланта:

Система кохлеарной имплантации имеет как внутреннюю, так и внешнюю части.

1. Звук воспринимается микрофоном.
2. Звук, преобразованный в электрический сигнал, передаётся от микрофона в речевой процессор.
3. Речевой процессор анализирует электрический сигнал и осуществляет его преобразование в кодированные цифровые сигналы.
4. Кодированные цифровые сигналы поступают к передатчику.
5. Передатчик посылает радиосигналы с цифровым кодом через кожный покров на внутреннюю часть системы — имплант.
6. Имплант преобразует кодированные цифровым кодом радиосигналы в электрические импульсы.
7. Электрические импульсы посылаются к электродам для стимуляции сохранных нервных волокон.
8. Нервные импульсы распознаются мозгом как звуки, обеспечивая слуховое восприятие.

Дети с кохлеарным имплантом

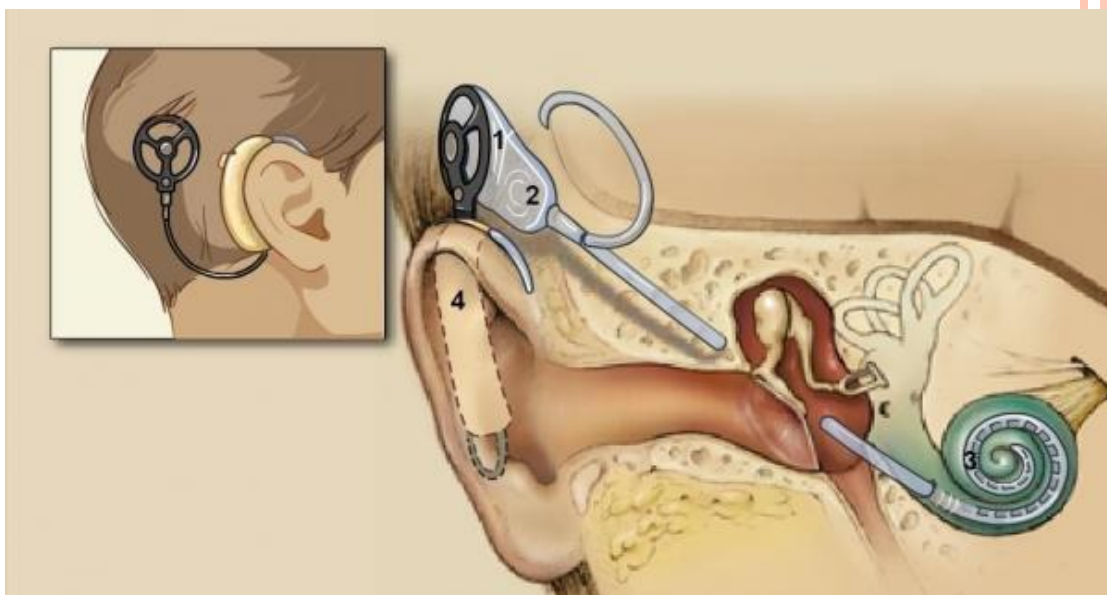


Нормальное ухо

1. Звуковые волны.
2. Слуховой проход.
3. Барабанная перепонка.
4. Среднее ухо.
5. Улитка.
6. Слуховой нерв.

Кохлеарное ухо

1. Имплант.
2. Приёмник/Стимулятор.
3. Электродная решётка импланта.
4. Речевой процессор.





До операции Ксюша не знала даже своего имени и совсем не понимала, для чего взрослые заставляют ее издавать трудные звуки. Она родилась абсолютно глухой.

Оперировали Ксюшу, как положено по российским правилам, за государственный счет, но очереди пришлось ждать два года.

После того, как Ксюше вживили имплант, начался трудный процесс реабилитации: день за днем она училась различать звуки, понимать значение слов, пыталась их произносить.

Осенью девочка пойдет в первый класс. Но чтобы учиться в обычной школе, ей нужна *звукоусиливающая беспроводная FM-система*, которая через речевой процессор передает звуки непосредственно в ухо, обеспечивая необходимые четкость и громкость.

Цена вопроса не такая уж и большая - 88 000 рублей.



Психологическая характеристика детей с нарушения слуха

Дети с нарушением слуха:

- более замкнутые и обидчивые, чем нормативные дети;
- имеют нарушения познавательных функций (внимание, восприятие, речь, память, мышление);
- имеют пониженную инициативу общения с окружающим миром;
- страдают нарушением ориентации в пространстве и координации движений (в связи с тесным взаимодействием слухового и вестибулярного аппарата);
- страдают пропусками букв и слов в устной и письменной речи, их заменой не по смыслу, а по внешнему сходству (нужно разбирать с ними значение каждого слова);
- тексты запоминают дословно, употребляют в речи однотипные грамматические конструкции, однообразные слова и фразы;
- имеют бедный язык;
- хорошо воспринимают устную речь зрительно (чтение с губ).



Рекомендации педагогам, работающим с детьми с нарушением слуха

Учителю необходимо:

- проследить, чтобы каждый ребенок должен быть *слухопротезирован* (индивидуальный слуховой аппарат);
- посадить ребенка за первую парту;
- не поворачиваться к нему спиной;
- чётко задавать вопросы;
- проверять рабочее состояние слуховых аппаратов;
- разрешать оборачиваться, чтобы видеть лицо говорящего человека;
- широко применять наглядность в целях более полного и глубокого осмысления учебного материала.

Сурдопедагогу:

- проводить индивидуальные и групповые занятия по коррекции произношения, развитию слухового восприятия, общему развитию речи;
- использовать специальные компьютерные программы «Мир за твоим окном», «В городском дворе», «Лента времени».

Педагогу-психологу и социальному педагогу:

- направить работу на развитие коммуникативной компетентности, повышение уровня доброжелательности, снижение конфликтности, сплочение коллектива;
 - формировать межличностные отношения в коллективе;
 - решать этические и правовые проблемы.
- 

3. НАРУШЕНИЯ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

(РДА, синдром Ретта, синдром Аспергера и т.д.)

Тверской благотворительный фонд «Добрый мир»

<http://www.dobriy-mir.ru/>





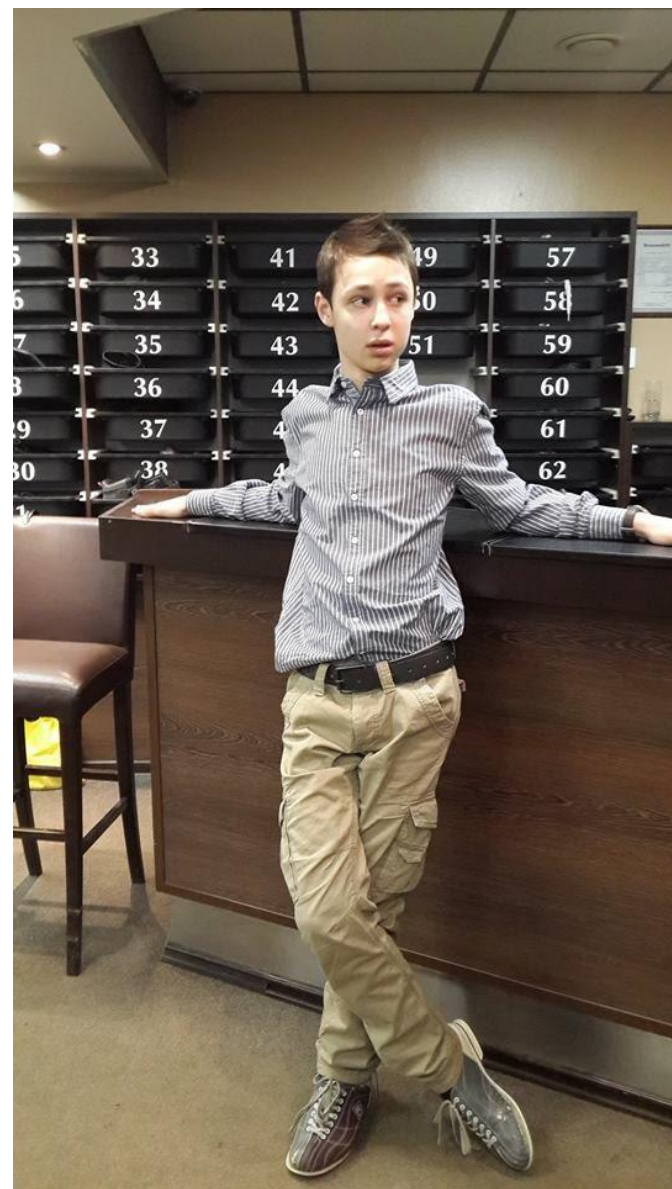
Понимая чрезвычайную важность проблемы, 62-ая сессия Генеральной Ассамблеи ООН в 2008 году постановила отмечать 2-ое апреля каждого года как *«Всемирный день распространения информации об аутизме»*.



2 апреля 2014 года в Твери прошла акция «Дорога к другу» по распространению информации об аутизме. Организатор - Тверской благотворительный фонд «Добрый мир».



Дети с аутизмом в боулинг-клубе
«Шарпей»



Дети с аутистическим расстройством

Аутизм – это:

- во-первых, экстремальное одиночество ребенка, нарушение его эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми;
- во-вторых, крайняя стереотипность в поведении, проявляющаяся и как консерватизм в отношениях с миром, страх изменений в нем, и как обилие однотипных аффективных действий, влечений интересов;
- в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, не связанное, как правило, с первичной недостаточностью этих функций.



Надпись на футболке:
«Аутизм – это моя суперсила».

Спектр аутистических расстройств (РАС) - схожие с аутизмом состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы.



Статистика:

- в мире официально зарегистрировано 6,5 миллионов аутистов;
- аутизм встречается примерно в 3-6 случаях на 10 000 детей;
- аутизм встречается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

В Тверской области:

- в коррекционных классах общеобразовательных школ – 10 чел.;
- в коррекционных школах – 61 чел.;
- в ДОУ компенсирующего и комбинированного видов – 24 чел.

Всего: 95 чел.

В психоневрологическом диспансере на учете – 300 чел.

Аутизм встречается в странах всего мира вне зависимости от расовой принадлежности, этнической группы и социальной среды.



«... С 1991 по 1997 встречаемость РАС выросла на **556%**...
В педиатрической практике эти нарушения встречаются чаще,
чем спинномозговые грыжи, рак и синдром Дауна...»



КЛАССИФИКАЦИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА (РДА) по ЛЕБЕДИНСКОЙ К.С., Никольской О.С.)

Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой:

- **1-ая группа** - отрешенность от внешней среды: наиболее глубокая патология, мутизм, нет потребности в контактах, не владеют навыками самообслуживания, нуждаются в постоянном уходе и надзоре, в условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя; социальная адаптация будет затруднена даже в домашних условиях;

- **2-ая группа** – отвержение внешней среды: возможность активной борьбы с тревогой и страхами за счет стереотипий, малодоступны контакту, витальная зависимость от матери, - при активной, адекватной и длительной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще в общеобразовательной, чем в коррекционной);

- **3-я группа** – замещение внешней среды: поведение приближается к психопатоподобному, конфликтность, *меньшая витальная зависимость от матери*, при адекватной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в общеобразовательной школе;

- **4-ая группа** - свертормозимость ребенка внешней средой: глубокий аутистический барьер, защитные образования носят *адекватно компенсаторный характер*: при плохом контакте со сверстниками активно ищут защиты у близких, интеллектуальные функции сохранены, чрезмерная потребность к защите и эмоциональной поддержке со стороны матери, при адекватной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в общеобразовательной школе.

Синдром Аспергера

Синдром Аспергера - расстройство неопределенной нозологии, характеризующееся такими же качественными аномалиями социальных взаимодействий, какие характерны для аутизма, в сочетании с ограниченностью, стереотипностью, монотонностью интересов и занятий.

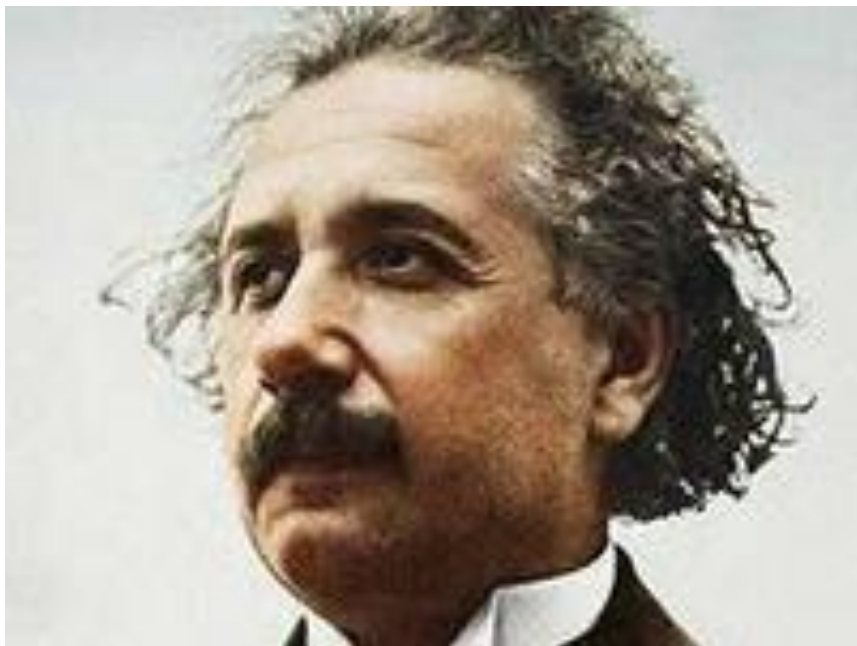
Отличие от аутизма – отсутствует нарушения развития речи и интеллекта.

Характерно:

- часто сочетается с выраженной неуклюжестью;
- сохранность вышеуказанных изменений в подростковом и зрелом возрасте;
- в раннем периоде зрелости периодически имеют место психотические эпизоды.

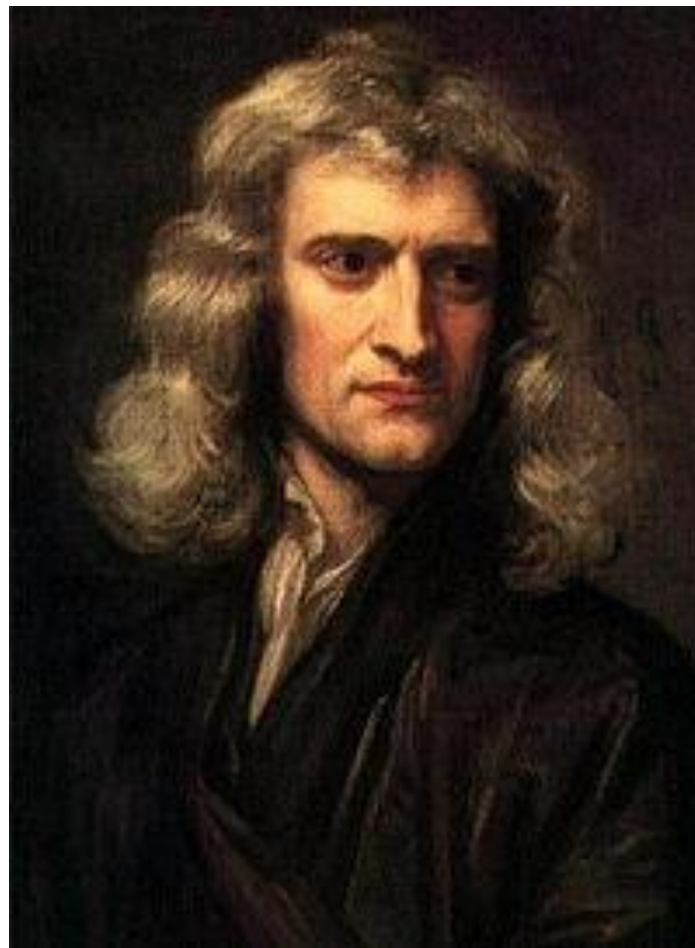


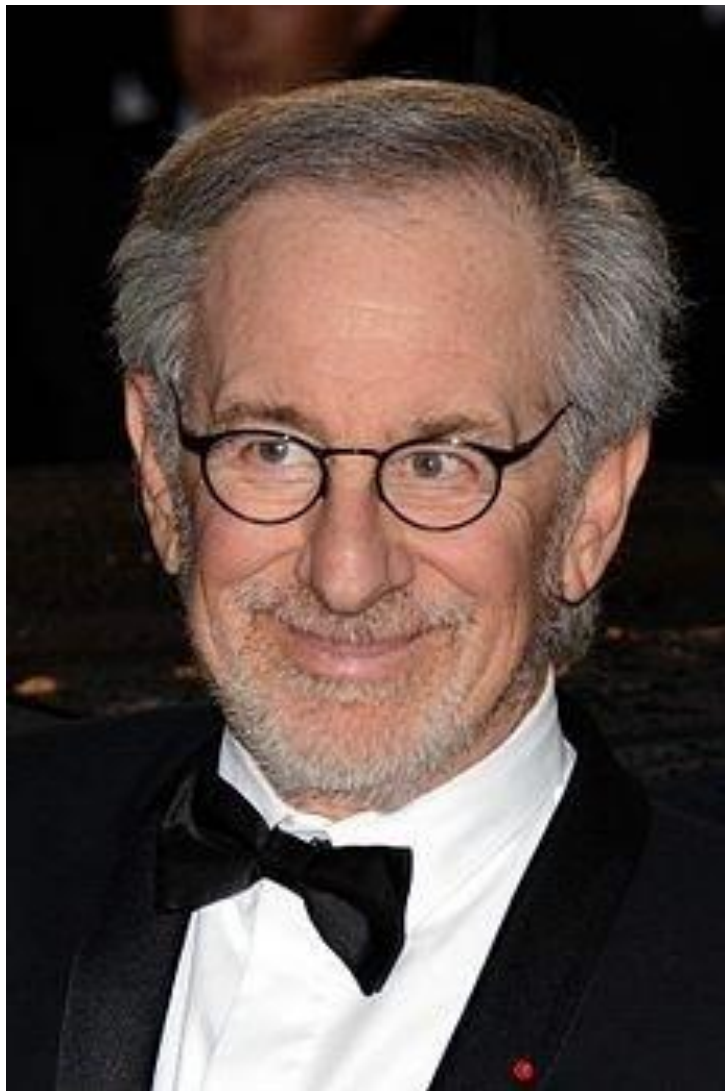
Известные люди с синдромом Аспергера



Альберт Эйнштейн (1879 г. – 1955 г.)

Исаак Ньютон (1642 г. - 1727 г.)





**Режиссер Стивен Спилберг
(1946 г.р.), США**

Дэниел Эдвард (1952 г.р.), США





**Григорий Яковлевич Перельман
(1966 г.р.), Россия**

**Крейг Николс (1977 г.р.),
Австралия**





Майкл Фелпс (1985 г.р.), США





Билл Гейтс (1955 г.р.), США



4. ГЕННЫЕ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Российская некоммерческая организация «Даунсайд Ап»

<http://www.downsideup.org>

Ассоциация «Даун Синдром»

http://www.notabene.ru/down_syndrome/

Тверская областная общественная организация родителей

«Мозаика», <http://mozaika-tver.ru/>



В среднем около 30% случаев интеллектуальных нарушений, 40% случаев аутизма, до 10% случаев шизофрении обусловлено изменениями в генетическом материале.

КЛАССИФИКАЦИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

ГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ

Генные нарушения - это многочисленная и разнообразная по клинической картине группа заболеваний, в основе которых лежит мутация одного гена. В настоящее время известно около **5000 моногенных наследственных заболеваний**. Дефект одного гена встречается у 1% живорожденных.

Например:

- *Фенилкетонурия* (нарушение аминокислотного обмена);
- *Галактоземия* (нарушение углеводного обмена);
- *Муковисцидоз* (поражаются все органы, которые выделяют слизь: бронхолегочная система, поджелудочная железа, печень, потовые железы, слюнные железы, железы кишечника, половые железы);
- *Синдром Марфана*, «паучьи пальцы», арахнодактилия (нарушения обмена соединительной ткани) и др.



КЛАССИФИКАЦИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ

К хромосомным нарушениям относятся заболевания, вызванные нарушениями числа и структуры хромосом. В настоящее время у человека известно более **700 заболеваний**, вызванных изменением числа или структуры хромосом.

Главная клиническая особенность хромосомных болезней - умственная отсталость и множественные пороки развития.

Например:

Хромосомные заболевания, вызванные нарушением числа хромосом:

- *Моносомии* – отсутствие одной хромосомы из пары (синдромом Шерешевского -Тернера - моносомия по половой X-хромосоме);
- *Трисомии* – возникновение дополнительной хромосомы в паре (синдромом Дауна - трисомия по 21 хромосоме).

Хромосомные заболевания, вызванные нарушением структуры хромосом:

- *Транслокации* - обменные перестройки между негомолотичными хромосомами (например, транслокационная форма синдрома Дауна).
- *Делеции* - потери участка хромосомы (синдром кошачьего крика – делеция короткого плеча 5 хромосомы).
- *Инверсии* - повороты участка хромосомы на 180 градусов.
- *Дупликации* - удвоения участка хромосомы и т.д.



Синдром Дауна

Синдром Дауна – это хромосомная патология, характеризующаяся наличием дополнительных копий генетического материала 21-й хромосомы, либо целой хромосомы (трисомия), либо её участков (транслокационная форма, мозаицизм).

Частота рождаемости: 1 на 700-1000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 1:1.

Синдром описан в 1866 году Джоном Лэнгдоном Дауном.



ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ЧЕЛОВЕКА С СИНДРОМОМ ДАУНА

В 2005 году Международная Ассоциация Даун синдром (DSI) высказала идею об учреждении **21 марта** как Всемирного дня человека с синдромом Дауна.

Число и месяц проведения праздника были выбраны не случайно. Дата высвечивает уникальность синдрома Дауна, при котором в 21-й паре хромосом присутствует дополнительная, третья хромосома.



Синдром Вильямса

Люди с данным синдромом имеют особое строение лица, в специальной литературе называемое «лицом эльфа», поскольку оно напоминает лицо эльфов в их традиционном, фольклорном варианте.

Причина возникновения синдрома: делеция участка, на котором находится около 26 генов, расположенного на длинном плече 7-й хромосомы.

Частота рождаемости: 1 на 20 000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 1:1.

Описан в 1961 году кардиологом из Новой Зеландии Дж. Вильямсом.



СИНДРОМ ЛЕЖЕНА

Причиной возникновения синдрома Лежена (синдром кошачьего крика) является отсутствие фрагмента 5-ой хромосомы.

Частота рождаемости: 1 ребенок на 50000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 3:4 соответственно.

Описан в 1963 году французским ученым Жеромом Леженом.



5. НАРУШЕНИЯ ЯЗЫКОВЫХ И РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ



КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Расстройства фонационного оформления высказывания:

1. **Дисфония** – отсутствие фонации или нарушение силы, высоты и тембра голоса.

2. **Брадилалия** - патологически замедленный темп речи.

3. **Тахилалия** - патологически ускоренный темп речи.

4. **Заикание** - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

5. **Дислалия** (косноязычие) - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

6. **Ринолалия** (гнусавость) - нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

7. **Дизартрия** - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.



КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания:

1. Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

2. Афазия - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.



КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Нарушения письменной речи:

1. Дислексия - частичное специфическое нарушение процесса чтения: затруднения опознания и узнавания букв, затруднения слияния букв в слоги и слогов в слова; аграмматизмы и искажение понимания прочитанного.

2. Дисграфия - частичное специфическое нарушение процесса письма: нестойкость оптико-пространственного образа буквы, смещения или пропуски букв, искажение звуко-слогового состава слова и структуры предложений.



ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

1. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи -

нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

2. Общее недоразвитие речи - различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.



6. НАРУШЕНИЯ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА



НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Классификация:

- *1 группа* - остаточные проявления периферических параличей и парезов, изолированные дефекты стопы или кисти, легкие проявления сколиоза (искривления позвоночника);
- *2 группа* - первичные поражения костно-мышечной системы при сохранности двигательных механизмов центральной нервной системы; тяжелые формы сколиоза;
- *3 группа* - последствия полиомиелита и детский церебральный паралич (ДЦП) с патологией двигательных механизмов ЦНС.



Дети с детским церебральным параличом

Причины:

- внутриутробное повреждение мозга плода вследствие эндокринных, инфекционных и хронических заболеваний матери, интоксикации, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору (50% случаев);
- различные осложнения в родах (40%);
- недоношенность (от 19 до 33%).

Формы ДЦП:

- в одной конечности (монопарез или моноплегия);
- в обоих верхних или нижних конечностях (верхний/нижний парепарез или пареплегия);
- на одной половине тела (гемипарез и гемиплегия);
- во всех 4-х конечностях (тетрапарез или тетраплегия).

Психическое развитие детей с ДЦП:

- нормальное - 10%;
- ЗПР - в 70%;
- умственная отсталость - в 20%.

У мальчиков ДЦП встречается в 1,3 раза чаще и имеет более тяжелое течение, чем у девочек.



Виды специальных (коррекционных) общеобразовательных школ для детей с ОВЗ

- *Школа I вида* - дети-инвалиды по слуху, слабослышащие и глухие дети.

- *Школа II вида* - глухонемые дети.

- *Школа III-IV вида* - слепые и слабовидящие дети.

- *Школа V вида* - дети с нарушениями речи.

- *Школа VI вида* - дети, имеющих проблемы в физическом и психическом развитии (дети с ДЦП, спинномозговыми и черепно-мозговыми травмами).

- *Школа VII вида* - дети с СДВГ и ЗПР.

- *Школа VIII вида* - умственно отсталые дети.

