

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ЕЛЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.А. БУНИНА»

**И.Д. Емельянова, С.В. Маркова**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ  
СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ  
С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**Учебное пособие**

Елец – 2016

УДК 376  
ББК 74.5  
Е 60

*Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Елецкого государственного университета им. И.А. Бунина  
от 29.01.2016, протокол № 1*

**Рецензенты:**

*Е.А. Вишнякова*, кандидат педагогических наук, доцент (Государственное автономное учреждение дополнительного профессионального образования Липецкой области «Институт развития образования»);

*О.В. Авраменко*, кандидат педагогических наук, доцент (Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина)

**И.Д. Емельянова, С.В. Маркова**

**Е 60** Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие. – Елец: Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, 2016. – 65 с.

Предлагаемое учебное пособие содержит теоретический материал о детях с ограниченными возможностями здоровья. Пособие выполнено в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование.

Пособие адресовано обучающимся очной и заочной форм обучения, магистрантам и преподавателям.

УДК 376  
ББК 74.5

© Елецкий государственный  
университет им. И.А. Бунина, 2016

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в России в результате ряда причин определилась тенденция к увеличению количества детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Категория таких детей крайне разнородна, однако их общей особенностью является нарушение или задержка в психофизическом развитии.

В рамках модернизации Российского образования приоритетным направлением развития системы государственной помощи является созданиенеобходимых условий для воспитания и образования детей с ограниченными возможностями здоровья.

Особое значение у детей с ОВЗ приобретает социализация, т.к. создает реальные возможности для коррекции и компенсации нарушенных функций, обеспечивает приобщение ко всему, что доступно нормально развивающимся сверстникам. На сегодняшний день существует серьезная проблема социализации детей с ОВЗ, которые испытывают существенные трудности при вхождении в общество, значительные трудности в организации своей учебной, коммуникативной деятельности, поведения в силу имеющихся особенностей развития, а также соматических заболеваний.

Исследования показывают, что особенности данной категории детей препятствуют спонтанному складыванию отношений и взаимодействий со сверстниками.

Система психолого-педагогического сопровождения обеспечивает определение специальных условий, содержание коррекционной помощи, разработку и реализацию индивидуальных образовательных маршрутов – все то, что направлено на усвоение социального опыта и развитие системы социальных связей.

Материалы, предложенные в учебном пособии, позволят будущим бакалаврам и магистрам, обучающимся в настоящее время по направлению подготовки Специальное (дефектологическое) образование, более подробно узнать особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья и обоснованно, грамотно и продуктивно организовать свою работу с ними. Полученные в пособии знания помогут также осуществлять взаимодействие с другими специалистами, включенными в процесс психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

# **I. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

## **1. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

### *План*

1. *Причины нарушений опорно-двигательного аппарата.*
2. *Классификация нарушений опорно-двигательного аппарата.*
3. *Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата».*

### *Литература*

1. Алексеева, Е.А. Психологическая диагностика и коррекция эмоционального развития детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом средствами художественной деятельности [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.А. Алексеева. – М., 2010.
2. Бреслав, Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения [Текст] / Г.М. Бреслав. – М.: Педагогика, 1990.
3. Вагина, М.В. Психологическая диагностика нарушений формирования самооценки у учащихся с детским церебральным параличом [Текст]: автореф. дис. канд. психол. наук / М.В. Вагина. – СПб, 2009.
4. Газалиева, А.М. Инвалидность и комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М. Газалиева. – М., 2008.
5. Дмитриева, Е.Н. Особенности временной перспективы детей и подростков с детским церебральным параличом [Текст]: автореф. дис. канд. психол. наук / Е.Н. Дмитриева. – Томск, 2006.

### *1. Причины нарушений опорно-двигательного аппарата.*

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата носят как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с патологией опорно-двигательного аппарата отличаются значительной полиморфностью и степенью выраженности. В зависимости от этиологии и времени действия вредоносных факторов отмечаются следующие виды нарушений опорно-двигательного аппарата.

I. Заболевания нервной системы: детский церебральный паралич, полиомиелит.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство).

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и ко-

нечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем многообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у максимального количества больных детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине таких детей является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, патология или утрата двигательных функций). Большинство детей с дефектами опорно-двигательного аппарата страдают церебральным параличом (89 %). Двигательные нарушения у них сочетаются с патологией в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что обусловлено органическим поражением нервной системы. В большинстве случаев отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и утяжеляются в результате дефицита общения. Поэтому этим детям, помимо лечебной и социальной помощи, оказывается также психолого-педагогическая и логопедическая коррекция. Остальные, как правило, не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Однако, все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в специальных условиях жизни, обучения, а впоследствии – и трудовой деятельности.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей дошкольного возраста. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом (от 5 до 9 в разных регионах страны). Только по Москве насчитывается около 4 тысяч таких детей.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. Причины развития ДЦП многообразны. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Выделяются пренатальные, перинатальные, постнатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношение к возникновению детского церебрального паралича. Однако, на практике, как правило, отмечаются комбинации таких факторов, проявляющихся на разных этапах развития.

#### *Пренатальные факторы*

В группе пренатальных факторов выделяются 3 вида:

- состояние здоровья матери;
- отклонения в ходе беременности;
- факторы, нарушающие развитие плода.

Факторы первого вида включают:

- конституцию матери;
- соматические, инфекционные, эндокринные заболевания матери;
- вредные привычки матери;
- осложнения предыдущей беременности матери и др.

Факторы второго вида (отклонения в ходе беременности) включают:

- неблагоприятно протекающие роды, которыми закончилась предыдущая беременность;
- лечение тиреоидными гормонами во время беременности;
- кровотечение в поздние сроки беременности;
- потребление матерью эстрогенных гормонов;
- внутриматочные повреждения.

Факторы третьего вида (нарушающие развитие плода) включают:

- вес менее 1500 г.;
- ненормальное положение плода;
- малый вес плаценты;
- беременность сроком менее 37 недель;
- выраженный дефект родов;
- аномалия конечностей;
- микроцефалия;
- генетические факторы.

Установлено, что фактор низкой массы тела при рождении вызывает высокий процент детей с ДЦП. Также выявлена связь спастического типа ДЦП с низкой массой тела при рождении.

Имеются сведения о роли генетического фактора в развитии ДЦП (2 %), представлены данные о врожденной природе атаксии (в 12-13 % случаев).

#### *Перинатальные факторы*

К данной группе факторов относятся следующие виды:

- асфиксия в родах;
- родовая травма.

Достаточно хорошо изучен механизм асфиксии (кислородная недостаточность) в родах, что приводит к расширению сосудов и их тромбозу, в связи с чем возникает ишемия мозга, в последствии – тяжелые церебральные нарушения.

***Причинами родовых травм могут быть механические повреждения при*** рождении, неправильное положение плода, быстрые роды, длительные потуги, искусственные роды.

На натальной стадии могут быть и другие факторы риска развития ДЦП: патология плаценты или пуповины, обвитие пуповины, длительные потуги, слабость родовой деятельности, преждевременные роды.

#### *Постнатальные факторы*

К этой группе факторов относятся следующие виды:

- травмы: черепа и костей, субдуральные гематомы и т.д.;
- инфекции: менингит, энцефалит, абсцесс мозга;
- интоксикации: лекарственными веществами, антибиотиками (стрептомицин), свинцом, мышьяком и др.;
- кислородная недостаточность: при удушении, утоплении и др.;

- при новообразованиях и других приобретенных отклонениях в мозге: опухоли мозга, кисты, гидроцефалия и т.д.

## 2. Классификация нарушений опорно-двигательного аппарата.

В научной литературе в мире предложено множество классификаций детского церебрального паралича. В их основе заложены этиологические факторы, характеристика клинических проявлений, особенности патогенеза. Современная отечественная клиническая практика использует классификацию К.А. Семеновой (1979), в которую включены результаты исследований автора и заимствованные элементы классификаций Д.С. Футера (1967) и М.Б. Цукер (1947).

Согласно классификации К.А. Семеновой выделяются следующие основные формы детского церебрального паралича: двойная гемиплегия, спастическая диплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

Самой тяжелой формой ДЦП является **двойная гемиплегия**. Она возникает в результате значительного повреждения мозга в период внутриутробного развития. Двойная гемиплегия является следствием хронической пре- и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга. Клиническая картина представлена спастическим тетрапарезом (тяжелое поражение всех четырех конечностей, причем руки поражаются в той же степени, что и ноги, а иногда и сильнее), псевдобульбарным синдромом, психическими и речевыми нарушениями.

Нарушения двигательных функций проявляются уже в период новорожденности: отсутствие защитного рефлекса, выраженность всех тонических рефлексов (лабиринтный, шейные, с головы на туловище, с таза на туловище), неразвитость цепных установочных рефлексов. Это проявляется в том, что ребенок в дальнейшем не может научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить.

В результате повышенной активности тонических рефлексов ребенок имеет выраженные сгибательную или разгибательную позы в положении на животе или спине. С помощью поддержки в вертикальном положении отмечается разгибательная поза при свисании головы. Наблюдаются высокие сухожильные рефлексы, нарушенный тонус мышц в руках и ногах. Произвольная моторика, как правило, не развита.

В большинстве случаев двигательные расстройства при двойной гемиплегии сопровождаются патологией черепных нервов. Это приводит к косоглазию, атрофии зрительного нерва, нарушениям слуха, псевдобульбарным расстройствам. В качестве вторичного дефекта может выступать микроцефалия.

Для детей с двойной гемиплегией характерна умственная отсталость в умеренной или тяжелой степени, анартрия или тяжелая дизартрия.

Прогноз ребенка с двойной гемиплегией крайне неблагоприятный, данный диагноз указывает на полную инвалидность ребенка.

Самой распространенной формой детского церебрального паралича является *спастическая диплегия (синдром Литтля)*. При этой форме ДЦП поражаются преимущественно ноги, руки – в меньшей степени.

Большинство детей со спастической диплегией при своевременном комплексном лечении и психолого-педагогической работе осваивают ходьбу, у них развивается речь, познавательные функции, многие из них способны к обучению по программе общеобразовательной школы.

В зависимости от степени тяжести поражения мозга уже в периоде новорожденности при спастической диплегии слабо выражены (или не возникают совсем) врожденные двигательные рефлексы: защитный, ползания, опоры, шаговые движения новорожденного и др. Это говорит о том, что нарушается основа, на которой формируются установочные рефлексы. Хватательный и тонические (шейные, лабиринтный) рефлексы, как правило, усилены. Их выраженность нарастает к 2-4 месяцам жизни.

У детей с данной формой ДЦП с разной степенью тяжести может быть повышен тонус мышц языка, глаза поднимаются вверх. Это позволяет говорить о втягивании в порочный круг функций зрения и речи.

Выделяются тяжелая, средняя и легкая степень спастической диплегии. Она зависит от жесткой связи тонических рефлексов с мышцами, приводящей к формированию стойких патологических синергий, и как результат – возникновение к 2-3 годам стойких порочных поз и установок.

Дети с тяжелой степенью спастической диплегии самостоятельно не передвигаются, имеют резко сниженную манипулятивную деятельность рук, себя не обслуживают (или почти не обслуживают). У детей развиваются контрактуры и деформации во всех суставах нижних конечностей. У большинства детей наблюдаются нарушения речи, задержка психического развития или умственная отсталость легкой степени. На протяжении 3-7 лет у детей не редуцируются тонические рефлексы, с трудом формируются установочные выпрямительные рефлексы.

Дети, имеющие среднюю степень тяжести двигательного поражения отличаются самостоятельностью передвижений, но дефектной осанкой, относительно развитой манипулятивной деятельностью рук и незначительной выраженностью тонических рефлексов. Контрактуры и деформации развиваются в меньшей степени. У детей имеются речевые нарушения, преимущественно задержка психического развития.

Дети с легкой степенью двигательного дефекта характеризуются неловкостью и замедленностью темпа движений в руках, легким ограничением объема движений в ногах, незначительным повышением тонуса мышц. При самостоятельном передвижении походка детей остается дефектной. Отмечаются некоторые речевые нарушения, задержка психического развития.

Спастическая диплегия является благоприятной формой ДЦП в отношении преодоления психических и речевых расстройств, менее благоприятной в отношении становления локомоций.



**Гемипаретическая форма** ДЦП характеризуется поражением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука, как правило, поражается больше, чем нога. Отмечается более частое возникновение правостороннего гемипареза с поражением левого полушария, чем правостороннего. В большинстве случаев гемипаретическая форма развивается у ребенка в ранний постнатальный период, когда вследствие инфекций, травм и др. повреждаются формирующиеся пирамидные пути головного мозга.

После рождения у такого ребенка все врожденные двигательные рефлексы сформированы. Но уже в первые недели жизни в тяжелых случаях наблюдаются ограничения спонтанных движений и довольно высокие сухожильные рефлексы в пораженных конечностях; в первые месяцы жизни заметно одностороннее ограничение спонтанных движений. У детей с этой формой рефлекс опоры, а затем – шаговые движения, ползание хуже выражены в паретичной ноге. При легких формах симптоматика становится отчетливой к концу 1-го года, когда ребенок начинает активно манипулировать руками. Дети с гемипарезами овладевают возрастными двигательными навыками позже, чем здоровые. В период от 6 до 10 месяцев уже заметно, что паретичная рука в большей степени, чем здоровая, приведена к туловищу, кисть сжата в кулак, объем спонтанных движений ограничен. Нарушена функция хватания: ребенок не может паретичной рукой схватить игрушку, поднести эту руку ко рту, соединить кисти перед грудью. Дети с гемипаретической формой ДЦП сидеть начинают вовремя или с небольшим опозданием, однако поза во время сидения оказывается ассиметричной, что может привести к сколиозу. Ходить ребенок начинает с опозданием на 1-2 года. Начиная ходить, ребенок обычно подает матери здоровую руку. Этим усиливается тенденция выносить здоровую сторону вперед, а паретичную оставлять несколько сзади («ходьба сенокосца»). С 2-3 лет основные симптомы заболевания не прогрессируют, они во многом сходны с симптомами взрослых. Со временем формируется стойкая патологическая установка конечностей и туловища: приведение плеча, сгибание и пронация предплечья, сгибание и отклонение кисти, приведение большого пальца руки, сколиоз позвоночника. При этой форме в зависимости от локализации поражения могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария отмечаются нарушения речи в форме псевдобульбарной дизартрии, моторной алалии, дислексия, дисграфия, нарушения функции счета. При поражении правого полушария отмечается патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

При гемипаретической форме ДЦП выделяют три степени тяжести: тяжелую, среднюю, легкую.

При тяжелой степени в пораженных конечностях наблюдаются выраженные спастичность и ригидность, что приводит к минимальному объему активных движений (особенно в предплечье, кисти, пальцах, стопе), минимализации манипулятивной деятельности верхней конечности. Отмечается уменьшение кисти, длины всех фалангов пальцев, лопатки и стопы. Из-за трофических расстройств у детей отмечается замедление роста костей, а отсюда – укорочение пораженных конечностей. Рука обычно в большей степени отстает в росте,

чем нога. Дети с тяжелой степенью гемипаретической формы начинают самостоятельно ходить лишь к 3-3,5 годам, у них наблюдается грубое нарушение осанки, формируется сколиоз позвоночного столба, у одной трети детей выявляется умственная отсталость, у половины – речевые расстройства, судорожный синдром.

При средней тяжести поражения двигательной функции отмечаются менее выраженные расстройства тонуса мышц и трофические нарушения, ограничения объема движений. Однако есть позитивные проявления: при значительном нарушении функции верхней конечности, больной пользуется ей при хватании. Ходить самостоятельно дети начинают в возрасте с 1,5 до 2,5 лет, прихрамывая на больную ногу. Приблизительно одинаковый процент детей (около одной трети от общего количества) страдают как задержкой психического развития, так и умственной отсталостью. У половины детей со средней тяжестью поражения двигательных функций наблюдаются речевые расстройства, у части из них – судорожный синдром. Снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений.

Легкая степень поражения отличается незначительным нарушением тонуса мышц и трофики, сохранностью объема активных движений в руке, но неловкостью этих движений. Есть некоторая задержка в том, когда дети начинают самостоятельно ходить (1 г.1 мес. – 1г.3 мес.). Процесс хождения отличается отсутствием переката в больной ноге. У одной трети детей отмечается ЗПР, у такого же количества – речевые расстройства.

**Гиперкинетическая форма** ДЦП обусловлена поражением подкорковых отделов мозга. Причиной, как правило, является билирубиновая энцефалопатия как результат гемолитической болезни новорожденных. В качестве причины также отмечается недоношенность с последующей черепно-мозговой травмой в период родов (разрыв артерий, обогащающих кровью подкорковые ядра). У детей с гиперкинетической формой ДЦП осуществление произвольных движений затруднено в первую очередь за счет гиперкинезов – насильственных движений. Этим детям свойственна мышечная ригидность шеи, туловища, ног.

Первые проявления гиперкинезов выявляются к 4-6 месяцам в мышцах языка, к 10-18 месяцам – появляются в других частях тела, к 2-3 годам жизни – достигают максимального развития. В период новорожденности у детей выявляется сниженный мышечный тонус, позднее гипотония постепенно сменяется дистонией. Сосательный рефлекс у новорожденных ослаблен, отмечается нарушение координации дыхания, глотания, сосания. В возрасте 2-3 месяцев могут наблюдаться внезапные мышечные спазмы. Установочные цепные рефлексы задерживаются в своем формировании. Задержка их формирования, мышечная дистония, а затем – гиперкинезы – нарушают формирование нормальных поз. Все это приводит к тому, что ребенок долго не может научиться сидеть, стоять, ходить. Самостоятельное передвижение ребенком возможно только в возрасте 4-7 лет (возможно даже в 9-12 лет). Наличие насильственных движений и тонических спазмов в мышцах верхних конечностей сильно затрудняет развитие у детей манипулятивной деятельности, навыков самообслуживания.

При гиперкинетической форме наблюдаются гиперкинезы различного характера. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически исчезают во время сна. Как правило, гиперкинезы охватывают мышцы лица, шеи, языка, туловища, верхних и нижних конечностей.

Походка у детей с гиперкинетической формой обычно толчкообразная, асимметричная, нарушается равновесие при ходьбе (стоять на месте труднее, чем идти). Произвольные движения характеризуются размахистостью, дискоординированностью; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Почти у всех детей с гиперкинетической формой ДЦП наблюдаются речевые нарушения, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У части детей имеют место расстройства слуха, особенно часто нарушается высокочастотный слух; у некоторых – отмечаются судороги. Почти у всех детей наблюдаются вегетативные нарушения, сниженная масса тела.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект развивается вполне удовлетворительно, нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей, по типу ЗПР – у 50 % детей (К.А. Семенова, 1991).

Прогноз развития двигательных функций зависит от характера и интенсивности гиперкинезов: при хорейческом гиперкинезе большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены; при двойном атетозе прогноз крайне неблагоприятен.

Значительно реже других форм встречается **атонически-астатическая форма** ДЦП. При этой форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в отдельных случаях сочетающееся с повреждением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы отмечаются: низкий тонус мышц, нарушение равновесия тела в покое и во время ходьбы, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несовершенство, чрезмерность движений).

При атонически-астатической форме ДЦП с момента рождения выявляются следующие особенности врожденных двигательных рефлексов: отсутствуют рефлексы опоры, ползания, автоматической походки; защитный и хватательный рефлексы отсутствуют или слабо развиты. Тонус мышц снижен (гипотония). Задерживаются в развитии цепные установочные рефлексы.

На 1-м году жизни у детей с атонически-астатической формой ДЦП наблюдаются гипотония и задержка темпов психомоторного развития (затруднены или практически не развиваются контроль над положением головы, функции сидения, стояния и ходьбы). В более поздние сроки формируются функции хватания и манипулирования с предметами, сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений.

Сидение у детей формируется к 1-2 годам, стояние и ходьба – к 6-8 годам или позже. Достаточно долго двигательные функции остаются несовершенными.

ми. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, его походка неустойчива, неуверенна, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладение навыками рисования и письма.

При систематическом лечении к 3-5 годам дети, как правило, овладевают возможностью произвольных движений. У большинства детей выявляются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии; может иметь место алалия.

Для атонически-астатической формы ДЦП характерны интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Значимую роль в структуре психического дефекта играет локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативный, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, некритичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. В 55 % случаев (по данным К.А. Семеновой), помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой ДЦП, имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, так как не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.

Эта форма прогностически тяжелая.

### *3. Психическое развитие при детском церебральном параличе.*

В основе детского церебрального паралича лежит ранний органический дефект центральной нервной системы, обуславливающий сочетание двигательных и психических недостатков. Это составляет специфическую структуру психического дизонтогенеза при ДЦП. В структуре как двигательных, так и психических расстройств при ДЦП наблюдается специфическая взаимосвязь симптомокомплексов, обусловленных задержкой созревания тех или иных психомоторных функций (в первую очередь наиболее поздно формирующихся в нормальном онтогенезе) и проявлениями поражения центральной нервной системы. Это приводит к формированию сложного дизонтогенетически-энцефалопатического симптомокомплекса, обуславливающего особенности психомоторного развития при детском церебральном параличе.

Специфика формирования моторных и психических функций при ДЦП заключается как в более замедленном темпе, так и в своеобразии диспропорциональности, асинхронности созревания с появлением вторичных компенсаторных (и гиперкомпенсаторных) симптомокомплексов часто патологического характера.

Структура двигательного и речедвигательного дефекта, например, при большинстве форм ДЦП характеризуется неравномерностью с наличием вторичной компенсации (как адекватной, так и патологической). Это приводит к формированию стойких порочных поз и положений конечностей, нарушенной осанки и патологических речедвигательных стереотипов.

Известно, что при спастической диплегии ходьба детей характеризуется тем, что они даже после продолжительных реабилитационных воздействий не могут автоматически переносить вес тела с одной ноги на другую. Для сохранения равновесия в вертикальном положении он использует движения рук, компенсаторные движения головы, верхней части туловища, это и формирует специфический порочный вариант ходьбы. Данный пример демонстрирует своеобразный механизм формирования двигательного акта при ДЦП.

У детей с гиперкинетической формой церебрального паралича отмечается своеобразная структура интеллектуальной недостаточности, определяемая диссоциацией между относительно сохранными возможностями интеллектуального развития и расстройствами эмоциональной сферы, произвольной регуляции деятельности, внимания, памяти, умственной работоспособности. Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется неравномерностью нарушений познавательной, эмоционально-волевой и личностной сфер. При частой сохранности интеллектуальных возможностей обращает на себя внимание эмоционально-личностная незрелость.

Двигательные нарушения при ДЦП, существующие с рождения ребенка, тесно связаны с сенсорными нарушениями, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений. В дальнейшем это представляют собой своеобразную аномалию моторного развития, которая без квалифицированной ранней коррекции оказывает неблагоприятное воздействие на весь ход формирования нервно-психических функций и личности ребенка.

При детском церебральном параличе имеют место нарушения зрения и слуха, эмоционально-волевой сферы, поведения, умственной деятельности, речи, являющиеся результатом раннего органического поражения головного мозга и способствующие возникновению специфической структуры нарушенного психического развития.

Важно знать и то, что дети с ДЦП, на протяжении многих лет воспитываемые в специальных лечебно-коррекционных и образовательных учреждениях (в специальных детских садах, школах-интернатах, санаториях и т.д.), обладают своеобразными эмоционально-личностными особенностями депривационного генеза. Эти расстройства, являющиеся вторичными, осложняют первичный дефект.

Таким образом, у детей с ДЦП имеет место замедленный, и часто неравномерный темп психического развития с диспропорциональностью в формировании ряда психических функций, что позволяет говорить об особенностях дизонтогении психического развития церебрально-органического генеза, включающей следующие варианты:

- локальный дизонтогенез отдельных высших психических функций (речи, пространственных представлений, различных видов гнозиса, праксиса, внимания, памяти и др.);

- нарушения умственной работоспособности;

- расстройства произвольной регуляции психической деятельности;

- своеобразную задержку психического развития, проявляющуюся в сочетании представленных выше нарушений со стойким ограничением запаса знаний и представлений об окружающем и своеобразием мыслительной деятельности, приводящими к замедленному усвоению нового материала.

Патогенетической основой этой задержки психического развития у детей с ДЦП является парциальная системная ретардация и патологическая гетерохрония развития мозга в целом в сочетании с различными неврологическими и психопатологическими синдромами, обусловленными ранним органическим поражением ЦНС.

Преобладающими синдромами у детей с церебральным параличом являются следующие:

- церебрастенический синдром с выраженными нарушениями умственной работоспособности;

- синдромы локальных нарушений отдельных высших психических функций;

- отставание в развитии эмоционально-волевой сферы.

Все это приводит у большинства детей к неготовности к обучению.

Задержка в развитии личностной саморегуляции, неравномерность становления различных высших психических функций, а также скудный запас знаний и представлений об окружающем, незрелость ручной моторики и зрительно-моторной координации, недостаточность пространственных представлений и недоразвитие кинестетических ощущений в общей, ручной и речевой моторике определяют особенности и стойкость психического дизонтогенеза при ДЦП.

Важную роль в уровне выраженности данных нарушений играют способы воспитания детей с церебральным параличом в семье. Как правило, родители воспитывают таких детей по типу гиперопеки, в результате чего у ребенка плохо формируется мотивационная основа психической деятельности, произвольность и адекватная самооценка.

Дети с детским церебральным параличом обычно избегают интеллектуальное напряжение и при малейшем утомлении отказываются выполнять задания. У них проявляется церебрастенический синдром в сочетании с астенодинамическим. Такой ребенок медленно включается в выполнение задания, малоактивен при выполнении любых заданий, требует постоянной стимуляции для завершения задания. Мыслительные процессы у детей с ДЦП резко замедлены.

Наиболее типичным для детей со спастической диплегией и атонически-астатической формой церебрального паралича является астенодинамический синдром.

При гиперкинетической форме ДЦП более часто наблюдается астено-гипердинамический синдром с проявлениями двигательного беспокойства, повышенной раздражительности, суетливости.

В школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках наиболее отчетливо проявляются церебральные синдромы. В этот же период более четкими становятся и особенности мыслительной деятельности, дефекты которой проявляются в недостаточной сформированности понятийного, абстрактного мышления. Это может быть обусловлено недостаточностью семантической стороны речи, формирования слов как понятий. Как правило, у детей с ДЦП отмечается ограниченное, часто сугубо индивидуальное, конкретное, а порой - искаженное понимание значения отдельных слов. Это в первую очередь связано с ограниченным практическим опытом ребенка. Скорее всего, формирование обобщающих понятий на вербальном уровне вне полноценной предметно-практической и игровой деятельности не способствует в полной мере развитию обобщенного мышления и общей стратегии познания окружающей действительности.

Специфика мышления у детей с церебральным параличом обнаруживаются наиболее явно при выполнении заданий, требующих интеллектуальных процессов симультанного характера, т.е. целостной интеллектуальной деятельности, основанной на взаимодействии анализаторных систем и симультанном синтезе.

У детей с ДЦП обнаруживается не только скудный запас знаний и представлений об окружающей действительности за счет ограниченности их практического опыта, но также отмечаются трудности переработки информации, получаемой в процессе коммуникативной и предметно-практической деятельности.

Характерной особенностью мышления является также нарушенная динамика мыслительных процессов. Наиболее часто отмечается замедленность мышления, а в отдельных случаях – более выраженная инертность. Однако, это далеко не всегда сочетается с интеллектуальным недоразвитием олигофренической структуры, скорее, это имеет место при задержке психического развития, а порой и при относительно сохранных возможностях интеллектуальной деятельности. Если церебральный паралич осложнен гидроцефалией – отмечается недостаточная последовательность мышления, часто со склонностью к резонерству и побочным ассоциациям.

Мыслительные процессы детей с ДЦП отличаются взаимосвязью недостаточности как содержательной, так и организационной сторон мышления, так как у них плохо развиты операции планирования и самоконтроля, а также ограничен определенным запасом знаний и умений. Поэтому в процессе коррекционной работы с этими детьми уже в дошкольном возрасте следует постоянно обогащать объем их знаний и представлений об окружающей действительности, а также начинать формировать операции планирования и самоконтроля. Целесообразно постоянно расширять практический опыт детей с церебральным параличом и обучать их приемам умственной деятельности.

Таким образом, в структуре интеллектуальной недостаточности у детей с церебральным параличом большое место занимает несформированность организационно-операционной стороны мыслительной деятельности, которая, как правило, сочетается с замедленностью мышления и низкой умственной работоспособностью.

Характерным для психического развития детей с ДЦП является задержанное формирование регуляторной функции психических процессов, что в большей мере связано с замедленным созреванием переднелобных отделов коры головного мозга. Помимо этого, ограниченная сформированность наглядно-действенного и образного мышления у детей в сочетании со стойкими речевыми нарушениями способствует отставанию в развитии словесно-логического мышления.

Следует отметить, что у детей с ДЦП уровень мыслительных операций значительно зависит от степени ознакомления их с объектами и явлениями окружающей действительности. При осмыслении малознакомых ситуаций уровень мыслительных процессов значительно снижается. Значительную роль играет влияние предыдущего обучения на уровень мыслительной деятельности детей. Обобщенные способы мышления обычно применяются в тех ситуациях, где способы действия тесно связаны с конкретным содержанием заданий. Однако эта особенность мышления детей с ДЦП затрудняет дифференциальный диагноз задержки психического развития и олигофрении. Динамические наблюдения показывают, что при выполнении предложенных заданий дети испытывают выраженные затруднения в складывании разрезных картинок и расположении сюжетных картин в серии. Правильно анализируя отдельные части картинки, дети испытывают затруднения в их планомерном синтезе.

Специальное исследование показало, что для всех детей младшего школьного возраста особенно трудными являются задания, решаемые средствами наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. Трудности у детей возникают и когда требуется выложить столько предметов, сколько их на столе, больше или меньше на определенное количество и т.п. По принципу наглядной аналогии задания зачастую выполняются хуже, чем по словесной инструкции.

Недостатки операциональной стороны мыслительной деятельности, как правило, в большей степени выражены на начальных этапах обучения. Обращает на себя внимание отставание в формировании понятийного абстрактного мышления. Особенности такого отставания в значительной мере определяются недоразвитием семантической стороны речи.

Низкий уровень наглядно-действенного мышления особенно часто отмечается у детей с недостаточно сформированными пространственными представлениями. Учащиеся подготовительных и реже первых классов затрудняются в дифференциации правой и левой стороны на себе и особенно при выполнении проб Хеда; многие пространственные понятия: «спереди», «сзади», «между» и т.п. – детьми не усваиваются. Дети затрудняются сложить из частей целое (составить разрезную картинку, выполнить постройку из кубиков по образцу,



выполнить задания по методике «кубики Кооса»). Установлено, что наиболее легко преодолеваемой оказалась несформированность стереогноза и пространственных представлений, более стойко сохранялась недостаточность праксиса и оптико-пространственного гнозиса. Недостаточность оптико-пространственного гнозиса, как правило, коррелирует с тяжестью поражения двигательной системы в целом и, особенно, с нарушением и недоразвитием зрительно-моторной координации.

Особенно выраженной такая корреляционная связь отмечается при гиперкинетической форме ДЦП. При спастической диплегии и гемипаретической форме церебрального паралича она менее выражена и больше проявляется зависимость незрелости оптико-пространственного гнозиса от локализации мозгового поражения. Несформированность оптико-пространственного гнозиса зафиксирована преимущественно при поражении левых конечностей, т.е. при правосторонней полушарной локализации поражения.

Таким образом, у детей с ДЦП наиболее задержаны в развитии те высшие корковые функции, которые в своем формировании более тесно связаны с двигательным-кинестетическим анализатором.

Специфичным для недостаточности высших корковых функций у детей с ДЦП является сочетание различных нарушений развития (чаще всего несформированности праксиса и гнозиса) к началу школьного обучения. Наблюдается выраженное неблагоприятное влияние этих плохо сформированных высших корковых функций на процесс обучения, а также сложный генезис указанных нарушений, в котором вместе с локализацией поражения важную роль играют функционально-динамические нарушения за счет нарушенной проприоцептивной афферентации.

У детей с сохранными интеллектуальными возможностями в начале обучения часто выявляются определенные трудности в усвоении письма, чтения, счета. Нередко отмечаются зеркальность письма, пропуски букв и слогов, оптические замены букв, акустические ошибки и др. В процессе целенаправленного обучения в адекватных для ребенка условиях количество таких ошибок уменьшается, что позволяет предполагать, что важное место в основе указанных затруднений занимает несформированность межсенсорных связей акустического и двигательного-кинестетического анализаторов.

Для большинства детей с ДЦП характерны трудности в овладении счетными операциями и оценки отдельных цифр при их зрительном восприятии во время опознания и написания. Такое часто сочетается со смешением арифметических знаков и своеобразными трудностями формирования представлений о числе.

Обучение чтению в отдельных случаях затруднено из-за оптико-гностических расстройств.

Отставание в психическом развитии у детей с ДЦП часто сочетается с низкой познавательной активностью, ограниченностью памяти и внимания. Степень тяжести таких недостатков как правило коррелирует с выраженностью церебрастенического синдрома. Повышенная отвлекаемость, выраженная фик-

сация на несущественных деталях в сочетании со слабостью произвольного запоминания свойственны для большинства детей с ДЦП.

Недостаточность внимания и памяти зачастую коррелирует с выраженностью патологически усиленных позо-тонических рефлексов и недостаточностью зрительно-моторной координации. Эти расстройства особенно очевидны у детей с гиперкинетической формой ДЦП, где имеет место поражение подкорковых структур головного мозга.

Детям с ДЦП свойственны также нарушения формирования эмоционально-волевой сферы и поведения, которые особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астатической формах церебрального паралича.

Расстройства эмоционально-волевой сферы часто проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости в сочетании с выраженной неустойчивостью вегетативных функций, общей гиперэстезией, истощаемостью нервной системы. У детей первых лет жизни часто отмечаются стойкие расстройства сна (трудности засыпания, частые пробуждения, беспокойство в ночное время). Аффективное возбуждение может возникать даже под влиянием обычных тактильных, зрительных и слуховых раздражителей, усиливаясь, как правило, в новой для ребенка обстановке.

В дошкольном возрасте у детей с ДЦП наблюдается чрезмерная впечатлительность, склонность к страхам, может у одних преобладать повышенная эмоциональная возбудимость, у других – раздражительность, двигательная расторможенность, у других – робость, застенчивость, заторможенность. Часто наблюдаются сочетания повышенной эмоциональной лабильности с инертностью эмоциональных реакций, в отдельных случаях с элементами насильственности (начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться, и эмоции приобретают как бы насильственный характер). Повышенная эмоциональная возбудимость зачастую сочетается с плаксивостью, капризностью, раздражительностью, реакциями отказа и протеста, усиливающимися в незнакомой для ребенка обстановке или при утомлении. Эмоциональные расстройства доминируют над другими проявлениями, вызывающими трудности адаптации, характерные для детей с ДЦП, особенно в раннем возрасте.

Помимо повышенной эмоциональной возбудимости наблюдаются состояния полного безразличия, равнодушия и т.д. (апатико-абулический синдром). Этот синдром, отмечается при поражениях лобных долей мозга. Наблюдаются и другие эмоционально-волевые нарушения: повышенная внушаемость, слабость волевого усилия, несамостоятельность.

Фобический синдром (синдром страхов) характерен для большинства детей с церебральным параличом. Сочетания повышенной впечатлительности, эмоциональной возбудимости и аффективной инертности создают благоприятную основу для возникновения невроза страха. Страх может возникать даже под влиянием незначительных психогенных факторов: кратковременной разлуки с близкими, незнакомой ситуации, появления новых людей или игрушек, громкой музыки и т. п. Одни дети при этом испытывают двигательное возбуждение, у других проявляется гиподинамия, общая заторможенность, но в обоих

случаях наблюдаются выраженные вегетативно-сосудистые реакции – побледнение или покраснение кожи, учащение пульса и дыхания и др. При возникновении страха у ребенка с ДЦП усиливаются саливация и проявляются двигательные нарушения (спастичность, гиперкинезы, атаксия). Возможны психогенно обусловленные навязчивые фобии в виде страха одиночества, высоты, передвижения; в подростковом возрасте – страх болезни и смерти.

Страхи, возникающие спонтанно, вне связи с какими-либо психогенными факторами, называются неврозоподобными; обусловлены они органическим поражением головного мозга. К таким страхам относятся недифференцированные ночные страхи, возникающие эпизодически во время сна и сопровождающиеся плачем, криком, общим возбуждением, вегетативными расстройствами. Они характерны для детей с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, нередко возникают на фоне гипертермии. Если страхи появляются внезапно, на фоне соматического благополучия, в определенное время ночного сна, через одинаковые промежутки времени, сопровождаются двигательными автоматизмами, их следует отличать от пароксизмов эпилептического генеза, которые также могут наблюдаться при ДЦП.

Нарушения эмоционального характера с соматовегетативными расстройствами являются у детей с ДЦП благоприятной основой для возникновения истероформных реакций. Они обычно провоцируются обидой или неудовлетворенными требованиями и желаниями ребенка, сопровождаются бурными реакциями – криком, падением на пол, агрессивностью по отношению к окружающим, соматовегетативными нарушениями. При неправильном воспитании эти реакции закрепляются и приобретают сначала привычный характер, а затем создают основу для формирования патологического характера.

Среди вариантов аномального развития личности при ДЦП часто отмечается задержанное развитие по типу психического инфантилизма. В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер при преобладающей незрелости последней. Недоразвитие произвольной регуляции поведения и других форм произвольной деятельности (высших психических функций) – является основным признаком инфантилизма. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, мгновенными желаниями. Они эгоцентричны, не могут сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо.

В основе формирования личности по типу психического инфантилизма лежит нарушение созревания лобных отделов коры головного мозга. К дополнительным условиям развития этого типа личности относятся неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, обусловленное не только двигательной и речевой недостаточностью, но и гиперопекой.

При осложненных формах инфантилизма, который типичен для детей с ДЦП, вместе с основными проявлениями отмечается двигательная расторможенность, повышенная психическая истощаемость. Кроме этого, для детей с

ДЦП характерен так называемый невропатический вариант психического инфантилизма. Основные характеристики этих детей включают: повышенную внушаемость, несамостоятельность, неуверенность в своих силах, пугливость, чрезмерную зависимость от матери, трудности адаптации к новым условиям.

У таких детей в раннем возрасте обычно стойко выражены различные соматовегетативные нарушения (расстройства аппетита, сна, сверхчувствительность к различным раздражителям). В новой обстановке у этих детей проявляется повышенная боязливость, заторможенность, низкий уровень мотивации, отсутствие инициативы. В школьном возрасте эти особенности нередко сочетаются с повышенной самооценкой, эгоцентризмом, в связи с чем часто возникают ситуационные конфликтные переживания. Не найдя признания у сверстников, некоторые дети проявляют склонность к уходу в мир фантазий, постепенно у них развивается и закрепляется чувство одиночества. Все это приводит к еще большей дисгармонии в развитии личности. При длительных неблагоприятных воздействиях окружающей среды затормаживание поведенческих реакций закрепляется, и формируются характерологические особенности тормозного типа.

При невропатическом варианте психического инфантилизма часто имеет место так называемый аффект неадекватности, который проявляется в различных формах. Одна из них - реакции протеста, представляющие собой преходящие расстройства поведения на основе аффективных переживаний (переживания обиды, ущемленного самолюбия и т.п.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность. Обычно преобладают реакции пассивного протеста. Пассивный протест у детей с церебральным параличом наиболее часто проявляется отказом от выполнения требований родителей или учителя.

#### *4. Нарушения речи у детей с ДЦП.*

Важное место в структуре дефекта при детском церебральном параличе занимают речевые нарушения. Исследованию речевых расстройств в структуре ДЦП посвящено множество специальных работ. По разным данным речевой дефект в симптоматике детского церебрального паралича отмечается в 80 % случаев (Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова, И.А. Панченко, Е.Ф. Архипова и др.).

Особенности речевых расстройств и уровень их выраженности у детей с ДЦП обусловлены локализацией и тяжестью очага поражения мозга при данном дефекте, а также поражением тех отделов головного мозга, которые интенсивно развиваются уже после рождения и регулируют речевое и психическое развитие на ранних этапах постнатального периода (премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга).

Задержка развития речи при ДЦП впоследствии обусловлена ограничением объема знаний и представлений об окружающем, снижением предметно-практической деятельности и недоразвитием социальных контактов. У ребенка

с ДЦП из-за чрезмерной опеки родителей не формируется потребность в речевом общении, являющаяся важной предпосылкой развития речи. Пребывание в медицинских стационарах и возникающие при этом отрицательный эмоциональный фон и реактивные состояния нередко способствуют изменению хода речевого развития у детей с ДЦП.

Большое значение в механизме расстройств речи при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая познания окружающего мира в связи с невозможностью передвижения. Единый механизм двигательного нарушения в опорно-двигательном и речевом аппарате лежит в основе длительного сохранения патологических тонических рефлексов, отрицательно влияющих на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Это способствует повышению тонуса мышц языка, нарушению дыхания, голосообразования, соразмерности движений языка. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей.

Многообразие речевых нарушений проявляется в виде следующих форм:

- *дизартрия (анартрия)* – нарушение (неспособность) произносительной стороны речи в силу патологической иннервации мышц речевого аппарата;
- *алалия* – системное недоразвитие речи, проявляющееся в раннем возрасте в силу поражения или дисфункции речевых зон коры мозга;
- *дислексия (алексия)* – трудности (неспособность) в овладении чтением;
- *дисграфия (аграфия)* – нарушение (неспособность) формирования письма.
- *заикание (невротическое и неврозоподобное)* – нарушение темп-ритмической организации речи судорожного характера.

Наиболее частой речевой патологией при ДЦП является дизартрия, которая обусловлена поражением речедвигательных механизмов ЦНС.

Нарушения моторики артикуляционного аппарата при дизартрии проявляются в следующем:

- недостаточность произвольных движений;
- расстройства мышечного тонуса;
- нарушение проприоцептивной афферентации от мышц речевого аппарата;
- наличие гиперкинезов и других насильственных движений;
- влияние патологических тонических рефлексов на мышцы артикуляционного аппарата (определяет наличие патологической проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата).

Взаимосвязь механизмов двигательных и речедвигательных расстройств при ДЦП требует специального комплексного подхода к их диагностике и коррекции на основе нейроонтогенетического принципа.

## *Контрольные задания*

1. Охарактеризуйте этиологию, патогенез, клинику детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
2. Перечислите нозологические формы нарушений опорно-двигательного аппарата.
3. Опишите категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
4. Дайте определение, характеристику, классификацию детского церебрального паралича.
5. Перечислите основные причины детского церебрального паралича. Составьте таблицу основных этиологических факторов ДЦП в разные возрастные этапы возникновения заболевания.
6. Раскройте, поражение каких структур головного мозга приводит к ДЦП.
7. Дайте клиническую характеристику основных форм ДЦП.
8. Объясните, почему важна роль ранней диагностики ДЦП и какие формы ДЦП наиболее прогностически неблагоприятны.
9. Составьте таблицу классификации ДЦП, где укажите двигательные, психические и речевые нарушения, характерные для разных форм заболевания.

## **2. Дети с нарушениями речи**

### *План*

1. *Этиология речевых нарушений.*
2. *Классификация речевых нарушений.*
3. *Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями.*
  - а) *клиническая характеристика детей с речевыми нарушениями (по классификации Е.М. Мастюковой на примере ОНР).*
  - б) *Анализ психолого-педагогического изучения детей с речевыми нарушениями (на примере ОНР).*

### *Литература*

1. Жукова, Н.С. Логопедия. Основы теории и практики [Текст] / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – М.: Эксмо, 2011.
2. Логопедия [Текст]: учебник для обучающихся дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009, Гриф МО.
3. Логопедия. Методическое наследие. Книга 3. Системные нарушения речи. Алалия. Афазия [Текст]. – М.: Владос, 2007.
4. Ткаченко, Т.А. Учим говорить правильно. Система коррекции общего недоразвития речи у детей 6 лет [Текст] / Т.А. Ткаченко. – М., 2002.

5. Нищева, Н. В. Система коррекционной работы в логопедической группе для детей с общим недоразвитием речи [Текст] / Н.В. Нищева. – СПб., 2004.

6. Филичева, Т.Б. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение [Текст]: учебно-методическое пособие / Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова. – М.: «Издательство ГНОМ и Д», 2000.

### *1. Этиология речевых нарушений.*

Все причины нарушений речи М.Е. Хватцевразделил на внешние и внутренние, при этом выделив органические (анатомо-физиологические, морфологические), функциональные (психогенные), социально-психологические и психоневрологические причины.

К органическим причинам были отнесены недоразвитие и поражение мозга во внутриутробном периоде, в момент родов или после рождения, а также различные органические периферические причины (поражение органа слуха, расщепление неба и другие морфологические изменения артикуляционного аппарата). К психоневрологическим причинам автор относил умственную отсталость, нарушение памяти, памяти и другие расстройства психических функций. Важную роль М.Е Хватцев отводил и социально-психологическим причинам, понимая под ними различные неблагоприятные влияния окружающей среды. Таким образом, им впервые было обосновано понимание этиологии речевых расстройств на основе диалектического подхода к оценке причинно-следственных связей в патологии речи.

Большие достижения в области медицинских дисциплин позволили углубить представления об этиологии речевых расстройств и доказать значение *экзогенных (внешних) и эндогенных (внутренних)* вредностей в их возникновении. Важно выделять не только органические (центральные и периферические), а также функциональные причины речевых расстройств, но и представлять себе механизм речевых нарушений под влиянием тех или иных неблагоприятных воздействий на организм ребенка. Это необходимо как для разработки адекватных путей и методов коррекции речевых расстройств, так и для их прогноза и предупреждения.

В возникновении речевых нарушений большую роль играют и социальные условия. При возникновении заикания у ребенка, например, психическая травма рассматривается как внешняя причина. Благоприятными условиями для возникновения заикания могут выступать соматическаяослабленность ребенка, остаточные явления раннего органического поражения центральной нервной системы, возраст и др.

Методологическую основу изучения причин нарушений речевого развития в детском возрастесоставляет концепция развития психики, разработанная Л.С. Выготским. Подчеркивая связь психического развития с воздействием окружающей среды, он ввел понятие социальной ситуации развития, представляющей собой сочетание внутренних и внешних условий, являющихся специфическими для каждого возрастного этапа.

В основе созревания речевой функциональной системы лежит афферентация, т.е. поступление из внешнего мира через различные анализаторы. Источником слуховой афферентации является взрослый, который общается с ребенком. В связи с этим роль речевого окружения и речевого общения очень велика, и их недостаточность может быть одной из основных причин, нарушающих формирование речи.

Дети раннего возраста, воспитывающиеся в среде с ограниченным или дефектным речевым окружением (глухонемые родители или родители с дефектом речи, длительная госпитализация, ограниченные социальные контакты из-за различных тяжелых заболеваний, например, дети с церебральным параличом), отстают в развитии речи.

Для нормального речевого развития ребенка общение должно быть значимым и проходить на эмоционально-положительном фоне, на основе характерной для данного возраста этапа ведущей деятельности, побуждать его к ответу.

Предпосылкой в развитии речи является накопление ребенком впечатлений в процессе его предметно-игровой деятельности, которые и создают основу для усвоения значений слов и формирования связи их с образами предметов окружающей деятельности.

Речь развивается по подражанию, поэтому некоторые речевые нарушения (нечеткость произношения, заикания, нарушение темпа речи и т.д.) могут иметь в своей основе подражание.

Речевые нарушения часто возникают при различных психических травмах (испуг, переживания в связи с разлукой с близкими, длительная психотравмирующая ситуация в семье и т.д.). Это задерживает развитие речи, а в ряде случаев, особенно при острых психических травмах, вызывает у ребенка психогенные речевые расстройства: мутизм, невротическое заикание. Эти нарушения, по классификации М.Е. Хватцева, могут быть отнесены к функциональным.

К функциональным нарушениям речи относятся также расстройства, связанные с неблагоприятными воздействиями на организм ребенка: общая физическая ослабленность, незрелость, обусловленная недоношенностью или внутриутробной патологией, заболевания внутренних органов, рахит, нарушения обмена веществ.

Таким образом, любое общее или нервно-психическое заболевание ребенка первых лет жизни как правило сопровождается нарушением речевого развития. В связи с этим, необходимо разграничивать дефекты формирования и дефекты сформированной речи, трехлетний возраст их условным подразделением.

При оценке нарушений речи у детей важно учитывать критические периоды, когда происходит наиболее интенсивное развитие тех или иных звеньев речевой системы. В таких случаях *критический период* в развитии речи является предрасполагающим условием к возникновению речевых расстройств.



Критические периоды могут иметь как самостоятельное значение, так и сочетаться с другими неблагоприятными факторами – генетическими, общей особенностью ребенка, дисфункцией со стороны нервной системы и т.д.

Большая роль в возникновении речевых расстройств принадлежит экзогенно-органическим факторам. Данная группа причин, по классификации М.Е. Хватцева, может быть отнесена к группе органических центральных, при поражении головного мозга, и органических периферических, если под влиянием различных неблагоприятных, внутриутробных факторов нарушается морфологическое развитие периферического речевого аппарата.

Под экзогенно-органическими факторами понимаются различные неблагоприятные воздействия (инфекция, травмы, интоксикация и т.д.) на центральную нервную систему ребенка и на его организм в целом. В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют внутриутробную патологию (воздействие в период внутриутробного развития); повреждения при родах (натальная патология). Внутриутробная патология часто сочетается с повреждением нервной системы ребенка при родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином «перинатальная патология».

Ведущее место в перинатальной патологии нервной системы занимают асфиксия и родовая травма. Возникновению внутричерепной родовой травмы и асфиксии (кислородного голодания плода в момент родов) способствует нарушение внутриутробного развития плода. Внутричерепные кровоизлияния захватывают и речевые зоны коры головного мозга, влекущие за собой различные нарушения речи коркового генеза (алалия).

При локализации поражения мозга в области структур, обеспечивающих речедвигательный механизм речи, возникают дизартрии.

Определенную роль в этиологии речевых нарушений у детей играет иммунологическая несовместимость крови матери и плода порезус – фактору. Резус или групповые антитела, проникая через плаценту, вызывают распад эритроцитов плода. В результате из эритроцитов выделяется токсическое для центральной нервной системы вещество – непрямой билирубин. Под его влиянием поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к специфическим нарушениям звукопроизводительной стороны речи в сочетании с нарушениями слуха.

При внутриутробных поражениях мозга наблюдаются особо тяжелые речевые нарушения, сочетающиеся, с другими полиморфными дефектами развития (слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта). Причиной могут быть заболевание беременной женщины краснухой, цитомегалией, токсоплазмозом и другими вирусными инфекциями. При этом тяжесть речевых нарушений и других дефектов развития во многом зависит от времени поражения мозга во внутриутробном периоде.

У детей с аномалиями и пороками развития мозга зачастую наблюдаются множественные, так называемые дизамбриогенетические стигмы в виде асимметрии черепа, аномалии нёба (высокое «готическое» нёбо, уплощенное нёбо, раздвоенная губа), дефекты развития верхней челюсти, аплазия нижней челю-

сти и др. Открытая ринолалия, возникающая вследствие врожденной расщелины губы.

Нарушения внутриутробного развития плода могут возникать в связи с вирусными заболеваниями, приёмом лекарственных препаратов, ионизирующей радиацией, алкоголизмом во время беременности.

Определенное значение в этиологии речевых нарушений у детей имеют и наследственные факторы. В некоторых случаях наследственные факторы выступают как ведущие причины.

Врожденными являются и хромосомные синдромы. Почти при всех хромосомных синдромах наблюдается отставание в физическом и нервно-психическом развитии ребенка, в той или иной степени нарушено и развитие речи.

## *2. Классификация речевых нарушений.*

В настоящее время в логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений – клинико-педагогическая и психолого-педагогическая (педагогическая). Названные классификации явились результатом многоаспектных исследований отечественных ученых. Классификации разработаны с учетом первичного дефекта, однако каждая из них отражает определенный подход к конкретному речевому нарушению, поэтому они дополняют друг друга.

Отличительными особенностями **клинико-педагогической классификации** является следующее:

- строится на принципах, дифференцирующих виды речевых нарушений, что позволяет квалифицировать дефект речи при разных формах нарушенного развития и осуществлять логопедическую работу с учетом индивидуальных особенностей ребенка;
- выделяемые виды нарушений речи строго не привязаны к нозологическим формам;
- ведущая роль отводится психолингвистическим критериям, в связи с этим картина речевого нарушения описывается в терминах и понятиях, обеспечивающих организацию и содержание логопедического воздействия.

В отличие от клинико-педагогической, в основу психолого-педагогической классификации положены принципы, помогающие в организации логопедической работы при разных формах аномалий, но при общности проявлений речевого дефекта.

Все виды речевых нарушений, представленные в клинико-педагогической классификации, поделены на две группы:

- нарушения устной речи;
- нарушения письменной речи.

Нарушения устной речи включают два типа:

- 1) нарушения фонационного (внешнего) оформления произносительной стороны речи;

2) структурно-семантического (внутреннего) системного или полиморфного нарушения речи.

*Фонационные* (от греч. – звук, голос; фонация – голосообразование) речевые расстройства дифференцируются в зависимости от поражения того или иного звена: а) голосообразования, б) темпоритмической организации высказывания, в) интонационно-мелодического, г) звукопроизносительного. В связи с этим выделяются виды речевых расстройств с традиционно закрепленными за ними терминами.

*Дисфония (афония)* – расстройство или отсутствие фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата (синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации). Обусловлена органическими или функциональными нарушениями голосообразующего механизма центрального или периферического характера и проявляется на любом этапе развития ребенка, может быть изолированным расстройством или входить в состав других нарушений речи.

*Брадилалия* – патологически замедленный темп речи.

*Тахилалия* – патологически ускоренный темп речи.

При брадилалии речь растянутая, вялая, монотонная; при тахилалии, напротив, быстрая, устремленная, напористая.

К разновидностям тахилалии относятся:

- «полтерн» - патологически ускоренная речь, сопровождаемая необоснованными запинками, спотыканием, паузами;

- «баттаризм» («парафразия») - патологически ускоренная речь, сопровождаемая аграмматизмами.

Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием – нарушение темпа речи.

*Заикание* – нарушение темпоритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Заикание обусловлено органической или функциональной природой происхождения, возникает, как правило, в процессе речевого развития ребенка в период формирования фразовой речи.

Заикания возникает в результате неустойчивой нервной системы, порой связанной с органическим поражением мозга. Основным симптомом нарушения темпоритмической стороны речи при заикании являются судороги, возникающие в различных отделах периферического речевого аппарата (дыхательный, голосовой, артикуляционный).

*Дислалия* – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. К видам неправильного звукового (фонемного) оформления речи относятся: искаженное произнесение звуков, замена звуков или их смешение. Дефектное звукопроизношение может быть обусловлено недостаточной или неправильно сформированной артикуляторной базой или несформированностью фонематического слуха. Традиционно выделяются:

- механическая (органическая) дислалия, обусловленная анатомическими дефектами артикуляторного аппарата;

- функциональная дислalia, причины, которой кроются в неблагоприятных условиях развития речи или в нарушениях фонематического слуха.

*Ринолалия* – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Механизм нарушения связан с дефектным участием носового резонатора в голосообразовании; прежде всего проявляется гнусавость (назальный оттенок в тембре голоса), а также искаженное звукопроизношение. Проходя через расщелину в мягком и твердом нёбе, воздушная струя при образовании звуков попадает в ротовую и носовую полости. Все звуки речи становятся назализованными (носовыми), а речь – малоразборчивой и монотонной. Такую форму ринолалии принято называть открытой.

Закрытая ринолалия проявляется при нарушении нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях носоглотки, искривлениях носовой перегородки, хронических воспалительных процессах носоглотки.

*Дизартрия* – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. При дизартрии наблюдается несформированность всех звеньев механизма звукопроизношения, следствием чего являются голосовые и артикуляционно-фонетические дефекты. При тяжелой степени дизартрии (анартрии) полностью отсутствует звукопроизносительная сторона речи. В легких случаях, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о стертой форме дизартрии.

Дизартрия может проявляться при детском церебральном параличе (ДЦП), когда является следствием поражения ЦНС, а также возникнуть и на любом этапе развития ребенка как результат нейроинфекций и других мозговых заболеваний.

Расстройства структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами системных нарушений: алалией и афазией.

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

Это наиболее сложное нарушение речи, при котором страдают операции отбора языковых единиц и программирования речи на всех этапах восприятия и продуцирования речевого высказывания. Происходит торможение формирования языковых средств (фонетических, фонематических, грамматических, лексических).

В основе нарушения речи при алалии лежит повреждение речевых зон головного мозга (центр Брока и центр Вернике). В связи с этим традиционно выделяют моторную и сенсорную алалию. Моторная алалия характеризуется в значительной степени сохранным пониманием обращенной обиходной речи и нарушением способности ее воспроизведения. При сенсорной алалии резко нарушено понимание обращенной речи.

*Афазия*—полная или частичная утрата ранее сформированной речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга, связанными с сосудистыми нарушениями, воспалительными процессами, черепно-мозговыми травмами.

Нарушения письменной **речи** включают две группы расстройств в зависимости от того, какой вид ее нарушен —продуктивный (нарушение самого акта письма) или рецептивный (расстройство чтения).

*Дислексия (алексия)* – нарушение или полная неспособность чтения, связанные с поражением или недоразвитием отдельных участков коры головного мозга. Симптоматика нарушения заключается в затруднении при распознавании и узнавании букв, их слиянии в слоги, слогов в слова, что приводит к замедленному, часто угадывающему характеру чтения, неправильному воспроизведению звуковой формы слова, неверному пониманию даже самого простого текста.

*Дисграфия*—частичное специфическое расстройство процесса письма, проявляющееся в заменах и оптико-пространственных искажениях букв, нарушениях слогового состава слова и структуры предложения. В основе дисграфии у детей часто лежит недоразвитие устной речи (кроме оптической формы) из-за недостаточности фонематического слуха, артикуляционной базы звуков, препятствующим овладению фонетическим (звуковым) составом слова.

Наиболее тяжелая степень этого нарушения —*аграфия* —представляет собой полную неспособность к овладению навыком письма.

**Психолого-педагогическая классификация** возникла в связи с необходимостью логопедического воздействия в условиях работы с коллективом детей (группой, классом). Логопедическая работа строится с учетом общих проявлений речевого дефекта при разных формах нарушений речевого развития у детей. Классификация построена на основе лингвистических и психологических критериев при учете структурных компонентов речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональных аспектов речи, соотношения видов речевой деятельности (устной и письменной).

Речевые нарушения в данной классификации подразделяются на две группы:

- нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи);
- нарушение в применении средств общения.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН) – расстройство механизма формирования произносительной системы родного языка у детей с нарушениями речи, обусловленными дефектами восприятия и произношения фонем.

Общее недоразвитие речи (ОНР) –различные сложные речевые расстройства системного характера, обусловленные нарушением формирования всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой ее сторонам.

В качестве основных признаков при ОНР отмечаются: позднее начало развития речи, ограниченный запас лексики, наличие аграмматизмов, дефектов звукопроизношения и фонемообразования. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой, но с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического ее оформления. В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие речи подразделяется на четыре уровня.

Нарушение в применении средств общения проявляется при заикании, когда судорожное состояние мышц речевого аппарата приводит к трудностям коммуникации. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В данной классификации не целесообразно выделять отдельно нарушения письма и чтения, так как они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи. Отличительной особенностью данной классификации является опора на принцип системного подхода, базирующегося на соотношении речи с другими сторонами психического развития ребенка.

### *3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями.*

Дети с речевыми нарушениями обычно имеют органические или функциональные отклонения в состоянии центральной нервной системы.

Наличие органического поражения мозга обуславливает то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружения. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: равновесия, координации движений, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений.

Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности (т.е. быстро устают). Они характеризуются повышенной возбудимостью, раздражительностью, двигательной расторможенностью, эмоциональной неустойчивостью, быстрой сменой настроения (нередко с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства); реже проявляется заторможенность и вялость. Эти дети быстро утомляются, утомление сказывается на общем поведении ребенка и его самочувствии (появление и усиление головных болей, расстройство сна, вялость или повышенная двигательная активность). Таким детям на занятии в ДОО или на протяжении всего урока в школе трудно сохранять работоспособность, усидчивость, и произвольное внимание. Их двигательная расторможенность довольно часто проявляется во время урока, когда они встают, ходят по классу, выбегают в коридор.

Примечательно то, что для таких детей характерны неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, довольно низкий уровень понимания сло-

весных инструкций, несформированность регулирующей функции речи, снижение контроля за собственной деятельностью, недоразвитие познавательной деятельности, низкий уровень умственной работоспособности.

Психика таких детей неустойчива, в связи с чем их работоспособность резко меняется. Например, в период психосоматического благополучия они могут достигать значительных результатов в учебе.

Дети с функциональными расстройствами в состоянии ЦНС эмоционально неуравновешены, за счет этого им свойственны невротические реакции или расстройства в ответ на замечание, отрицательную оценку, невнимание со стороны учителя или других детей. Их поведение характеризуется повышенной возбудимостью, негативизмом, агрессией или, наоборот, излишней застенчивостью, стеснительностью, пугливостью. В целом, это свидетельствует об особенностях центральной нервной системы детей с речевыми нарушениями.

В этиологии ОНР выделяются разные факторы как биологического, так и социального характера (инфекции или интоксикации матери во время беременности, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности, патология натального периода, постнатальные заболевания центральной нервной системы и травмы головного мозга в первые годы жизни ребенка; неблагоприятные условия воспитания и обучения, психическая депривация в сензитивные периоды развития речи и т.д.). Во многих случаях ОНР является следствием комплексного воздействия различных факторов, например, наследственной предрасположенности, органической недостаточности ЦНС (иногда легко выраженной), неблагоприятного социального окружения.

Наиболее сложным и стойким вариантом является ОНР, обусловленное ранним органическим поражением мозга.

*а) Клиническая характеристика детей с речевыми нарушениями (по классификации Е.М. Мастюковой на примере ОНР).*

Е.М. Мастюкова придает особое значение в этиологии ОНР перинатальной энцефалопатии, которая может быть гипоксической (вследствие внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах), травматической (вследствие механической родовой травмы), билирубиновой (вследствие несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности).

Клинические виды ОНР разнообразны. В классификации Е.М. Мастюковой выделяются три группы детей с ОНР.

1 группа – неосложненный вариант ОНР – характеризуется наличием только признаков общего недоразвития речи. При данном варианте общего недоразвития речи не выявляется локальных поражений ЦНС. В анамнезе детей как правило отсутствуют указания на патологию в процессе беременности и родов, в редких случаях отмечается мало выраженный токсикоз во второй половине беременности, короткая асфиксия. В постнатальном периоде у этих детей порой отмечается соматическая ослабленность, частые инфекционные и простудные заболевания. Психологическая составляющая у этих детей характеризуется общей эмоционально-волевой незрелостью, несформированностью ре-

гуляции произвольной деятельности. У детей этой группы наблюдается недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук, трудности динамической организации движений.

2 группа –осложненный вариант ОНР центрально-органического генеза. У детей этой группы наблюдается более сложная симптоматика и патогенез. Проявления нарушений речевого развития представлены в сочетании с неврологической и психопатологической симптоматикой. Выраженная неврологическая симптоматика свидетельствует как о незрелости центральной нервной системы, так и о грубом повреждении определенных мозговых структур.

В указанной группе, по мнению Е.М.Мастюковой, наиболее частыми являются следующие синдромы:

1. Гипертензионно-гидроцефальный синдром –характеризуется увеличением размера головы, повышением внутричерепного давления, расширением венозной сети в области висков. При этом синдроме отмечается быстрая истощаемость, увеличенная возбудимость, раздражительность, расторможенность, головокружение и частые головные боли.

2. Церебрастенический синдром – отличается повышенной нервно-психической истощаемостью, эмоциональной нестабильностью, нарушением внимания, памяти. Указанный синдром может проявляться как на фоне эмоционального и двигательного беспокойства, так и сопровождаться вялостью, пассивностью, заторможенностью.

3. Синдромы двигательных расстройств –проявляются в изменении мышечного тонуса, расстройстве координации движений, в несформированности общей, мелкой, артикуляционной моторики. Описанные симптомы проявляются в виде синкинезий, тремора, насильственных движений, спастичности, легких парезов, характеризующих стертую дизартрию.

В целом, для детей этой группы характерно недоразвитие гнозиса, праксиса, гнозопраксиса.

Незрелость эмоционально-волевой сферы проявляется у этих детей в виде поверхностных эмоций, недостаточности волевых процессов, эмоциональной лабильности. В школьном возрасте выявляются нарушения чтения, письма, затруднения в освоении понятия числа, порядкового счета, счетных операций (дискалькулии).

3 группа –отмечается алалия (в основном моторной формы).

В настоящее время этиология алалии соотносится с поражением речевых зон, как левого, так и правого полушария. У детей с моторной алалией проявляется сложный дизонтогенез. Энцефалографические исследования демонстрируют, что для детей с моторной алалией характерны не только локальные поражения коры головного мозга, но и поражения подкорковых структур мозга.

Несмотря на вариативность клинических характеристик детей с ОНР, общим для всех групп является системное недоразвитие речи. При этом особенно сложным и стойким является нарушение формирования лексики и грамматического строя речи.



Недоразвитие речи у детей выражается в различной степени: от полного отсутствия речи до незначительных отклонений в развитии.

С учетом степени несформированности речи Р.Е. Левина выделила три уровня ее недоразвития. Т.Б. Филичевой был добавлен четвертый уровень ОНР.

*Б) Анализ психолого-педагогического изучения детей с речевыми нарушениями (на примере ОНР).*

На сегодняшний день имеются разные точки зрения на проблему системной речевой патологии и ее коррекции. Содержание некоторых научных разработок направлено прежде всего на изучение вопроса о взаимосвязи речи и других психических процессов у детей с алалией. В них утверждается точка зрения о ведущей роли интеллектуальной недостаточности в недоразвитии речи (Р.А. Беловой-Давид, В.В. Ковалёва, Е.И. Кириченко и др.). Согласно в этом вопросе с позицией А. Куссмауля, П. Мари, М.В. Богданова-Березовского данные авторы в структуре интеллектуальной недостаточности детей-алаликов видят сходство с олигофренией. В связи с их позицией, рекомендуется применять к таким детям «не только логопедические приёмы, но и методы специальной педагогики для умственно отсталых» (Е.И. Кириченко, 1977 г.).

Противоположную позицию в оценке соотношения недостаточности речевых и недоразвития познавательных процессов у детей с алалией занимает М.Е. Мастюкова (1971, 1978г.). В своих работах, ссылаясь на большой фактический материал по сравнительному изучению динамики речевого и интеллектуального развития детей с алалией и признавая при этом отличие симптомов психического недоразвития у детей с алалией и олигофренией, автор выделяет в группе детей с моторной алалией две подгруппы: *1) дети с вторичными нарушениями познавательных процессов (наиболее многочисленная группа); 2) дети с первичной интеллектуальной и психической недостаточностью (немногочисленная группа).*

Аналогичную с Е.М. Мастюковой позицию занимает С.С. Ляпидевский (1973г.): признавая самостоятельность алалии как нозологической единицы, он допускал её существование внутри синдрома олигофрении.

В 80-е годы XX века проблема соотношения речи и мышления продолжает оставаться актуальной и разрабатываться, в большей степени, в психолингвистическом аспекте в структуре когнитивного подхода. (Е.Ф. Соботович, В.А. Ковшиков, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьева). Особенно важными представляются вопросы, касающиеся когнитивной основы возникновения речи и влияния интеллектуального развития на становление языковой способности, а также вопрос о взаимосвязи языковых и неязыковых компонентов в структуре речемыслительной деятельности.

Примечательно, что в этот период подход к изучению недоразвития психических процессов у детей с алалией становится более дифференцированным. Исследование Е.Ф. Соботович (1985г.) свидетельствует о наличии сложной структуры речевого дефекта при алалии, характеризующейся как тяжёлое речевое недоразвитием и как вторичное снижение интеллекта (о чем говорят осо-

бенности вербально-логического мышления). У большинства детей имеет место сильно замедленный темп развития, очевидны черты психофизического инфантилизма: низкий уровень обобщений, эмоциональная неустойчивость. Вместе с этим, локальное поражение коры головного мозга вызывает избирательные расстройства отдельных корковых функций или аспектов поведения. Это позволило Е.Ф. Собоновичу определить три фактора, обуславливающие особенности познавательной сферы у детей с алалией: 1) *вторичное недоразвитие интеллекта*; 2) *замедленный темп психического развития*; 3) *избирательная недостаточность отдельных психических процессов и форм умственной деятельности и сохранность других*.

Диссоциацию между структурными компонентами речевой деятельности при алалии подтверждают И.Т. Власенко и В.В. Юртайкина (1981г.), они подчёркивают, что у одних детей имеет место несформированность целевых установок при сохранности операционных возможностей, у других – недостатки в операционном звене деятельности при наличии достаточно стойкой мотивации.

Таким образом, к концу 80-х годов XX века реализуется дифференцированный подход к изучению познавательной деятельности детей с системными нарушениями речи.

В 80-е-90-е годы XX века продолжается изучение различных сторон психической деятельности при алалии, но внимание исследователей привлечено к изучению познавательной сферы детей данной категории (Л.С. Цветкова, Е.М. Мастюкова, Н.А. Чевелёва, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова – *разные виды восприятия*; И.Т. Власенко, О.Н. Усанова, Т.Н. Синякова, Т.А. Фотекова, В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин – *мышление*; Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша – *память*; В.П. Глухов – *воображение*; Л.Г. Соловьёва, О.С. Павлова – *коммуникативная деятельность* и др.).

К концу 90-х началу 2000-х годов отмечается активизация научных исследований в отношении детей с системными речевыми нарушениями, выполненных в психологическом ключе: Г.Х. Юсупова – *проблема личностного развития* (2001); Н.В. Дроздова – *эмоциональная и речевая активность* (2001); С.М. Валявко – *проблема мотивации* (2006); И.С. Зайцев – *проблема социальной адаптации старшеклассников с тяжёлыми нарушениями речи* (2006) и др.

Современный этап отличается усилением интереса исследователей к изучению различных аспектов личностного развития детей с ОНР в контексте их социализации.

#### *Особенности речевого развития детей с ОНР.*

Обобщенная характеристика речи детей с ОНР представляет собой качественное описание уровней речевого развития (Р.Е. Левина; Т.Б. Филичева).

*Первый уровень речевого развития* характеризуется отсутствием словесных средств общения или ограниченным их развитием в тот период, когда у нормально развивающихся детей речь оказывается уже полностью сформированной.

При *втором уровне речевого развития* возрастает речевая активность детей. Появляется фразовая речь, однако фраза остаётся искажённой в фонетическом и грамматическом отношении.

*Третий уровень речевого развития* характеризуется появлением развёрнутой обиходной речи с элементами лексико-грамматических и фонетических нарушений.

*Четвёртый уровень речевого развития* характеризуется незначительными нарушениями всех компонентов речевой системы.

Проанализированные данные о характере речевых нарушений у детей с ОНР свидетельствуют о различной природе дефектов у них и типичных проявлениях, указывающих на системное нарушение речевой деятельности. Характерными признаками являются: более позднее начало речи (первые слова появляются к 3-4-м, а иногда и к 5 годам), речь аграмматична, недостаточно фонетически оформлена и малопонятна. Отчетливо проявляется отставание экспрессивной речи от понимания обращённой речи. У всех детей наблюдается недостаточность речевой активности и критичность к своему дефекту.

#### *Характеристика когнитивной сферы.*

Особенности познавательной деятельности детей с общим недоразвитием речи имеют качественно разнородную структуру – от минимальных нарушений высших психических функций до выраженной недостаточности ВПФ. Стойкость проявлений и степень выраженности когнитивных нарушений зависят от причин (органические или социальные) и характера речевого дефекта.

Структурадефекта познавательной деятельности у детей с ОНР характеризуется недостаточностью различных видов восприятия (слухового, зрительного, пространственного и т.д.).

Недоразвитие базового слухового восприятия оказывает влияние на формирование фонематического слуха, а в перспективе – фонематического восприятия. Недостаточность фонематического восприятия имеет место у всех детей с нарушениями речи. В отдельных случаях отмечается прямая зависимость между нарушением произношения звуков и расстройством их восприятия. В ряде случаев зафиксированы навыки различения на слух тех фонем, которые не противопоставляются в произношении, в других случаях не различаются даже фонемы, дифференцируемые в произношении. Однако, наблюдается определённая пропорциональность: успешность овладения навыками различения фонем на слух обусловлена как можно большим количеством дифференцируемых в произношении звуков. И наоборот, чем меньше «опор» в произношении, тем скуднее условия для формирования фонематических образов. Становление же самого фонематического слуха находится в прямой зависимости от развития всех сторон речи, что, несомненно, обусловлено общим развитием ребёнка (Г.Ф. Сергеева).

Расстройства зрительной сферы представляют собой бедность и недифференцированность зрительных представлений, инертность и нестойкость зрительных следов, отсутствие прочной связи слова со зрительным образом пред-

мета. Большинство детей данной категории владеют низким уровнем развития буквенного гнозиса: с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не опознают их при наложении друг на друга, для детей характерны трудности в назывании и сравнении графически сходных букв. Поэтому дети с ОНР в большинстве своем оказываются неготовыми к овладению письмом (А.П. Воронова, Е.Н.Мастюкова, Т.М. Пирцхадайшвили и др.).

Дети с недоразвитием речи затрудняются в ориентировке в направлениях пространства, обозначающих местонахождение объекта («справа» - «слева»), при определении пространственных отношений между предметами, при вербализации пространственных представлений. У них также наблюдаются трудности ориентировки в собственном теле (как правило, при усложнении заданий). Однако пространственные нарушения у детей с ОНР характеризуются определённой динамичностью, тенденцией к компенсации (Е.М. Мастюкова).

Исследование внимания у детей с ОНР продемонстрировало недостаточную устойчивость, быструю истощаемость, заниженный уровень произвольного внимания, затруднения в планировании собственных действий. Имеют место разные проявления произвольного внимания, зависящие от модальности раздражителя (зрительный, слуховой): детям гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной инструкции, чем в условиях зрительной.

Изучение мнестической функции у детей с общим недоразвитием речипоказало, что объём их зрительной памяти практически одинаков с нормой. Тем не менее, очевидно снижение слуховой памяти и продуктивность запоминания. Особенно дети забывают сложные инструкции (трех-четырёх-ступенчатые), опускают отдельные элементы, меняют последовательность предложенных заданий. Однако при сложившихся трудностях не прибегают к речевому общению с целью уточнения инструкций. Относительно сохранными остаются возможности смыслового, логического запоминания (Л.И. Белякова, И.Т. Власенко, Г.С. Гуменная и др.).

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками овладения мыслительными операциями, дети отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, обобщением.

Мышление у детей с ОНР зависит от низкого объёма сведений об окружающем, недостаточности самоорганизации речевой деятельности. Для большинства детей с ОНР характерна также регидность мышления (И.Т. Власенко, В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин).

Нарушения мышления у детей с ОНР характеризуются степенью выраженности и характером. Результаты по невербальному интеллекту часто соответствуют норме. Характерно незначительное снижение наглядных форм мышления, обусловленное степенью тяжести речевого дефекта (Л.И. Переслени, Т.Н. Синякова, У.Н. Усанова, Т.А. Фотекова и др.).

Учет особенности взаимодействия нарушений мышления и речи в структуре дефекта при ОНР имеет диагностическое и прогностическое значение, определяя дифференцированный подход в ходе коррекционного воздействия.

Проблемы речевого развития влекут за собой задержку в развитии воображения. Как правило, для детей с ОНР характерны инертность, истощаемость процессов воображения, недоразвитие пространственного оперирования образами. Ответы детей по выполненным рисункам односложны, могут сводиться к простому называнию изображённых предметов или носить форму короткого предложения.

У большинства детей с общим недоразвитием речи обнаруживается отставание в развитии двигательной сферы, проявляющейся в плохой координации движений, неуверенности в выполнении дозированных движений, снижении скорости и ловкости выполнения. Большие трудности определяются при выполнении движений по словесной инструкции.

#### *Особенности общения*

Совокупность речевых и когнитивных расстройств у детей с ОНР препятствует формированию у них полноценной коммуникативной деятельности. Недостаточность общения у этих детей обнаруживается, прежде всего, в незрелости их мотивационно-потребностной сферы (снижение потребности в общении, несформированность форм коммуникации), специфике речевого поведения (нежелание контактировать, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм) (Л.Г. Соловьёва).

Процесс общения детей с тяжёлыми нарушениями речи со взрослыми существенно отличается от нормы как по уровню развития, так и по качественным показателям. Преобладающей формой общения со взрослыми у старших дошкольников с ОНР является ситуативно-деловая, что характерно для нормально развивающихся детей 2-4 летнего возраста.

Межличностные отношения со сверстниками у детей с ОНР строятся с учётом тех же социально-психологических закономерностей, что и в группе детей с нормальной речью. Тем не менее, определяющим фактором в межличностных отношениях является степень выраженности речевого дефекта (О.С. Павлова, О.А. Слинько).

#### *Особенности личностного развития*

Одной из общих закономерностей нарушенного развития являются отклонения в формировании личности. Сложности социальной адаптации, взаимодействия с социальной средой детей с ОНР описаны в ряде исследований. В процессе коррекционной работы с этими детьми важнейшую роль играет апелляция к их личности (И.Ю. Левченко).

Теоретический анализ ведущих специалистов и наблюдения практиков указывают на тесную взаимосвязь между характером речевых нарушений и особенностями личностного развития, что позволяет определить нарушение личности у детей с речевой патологией как *личностно-коммуникативные*.

Личностное развитие детей с речевыми нарушениями характеризуется качественным своеобразием и разной выраженностью личностно-коммуникативных нарушений. Небольшая часть детей почти соответствуют норме в отношении личностных характеристик, для большинства – свойственны проявления тормозимости, замкнутости, неуверенности в себе.

В зависимости от уровня коммуникативных нарушений выделяются три группы детей: первая группа – не отмечается трудностей при речевом контакте; вторая группа – имеются некоторые трудности в установлении контакта с окружающими, нет стремления к общению; третья группа – отмечается речевой негативизм, который выражается в отказе от общения, замкнутости.

По степени сформированности мотивации к исправлению дефекта дети с общим недоразвитием речи также представляют разнородную группу: слабо мотивированные дети и дети, обладающие высокой мотивацией к исправлению речевого дефекта. Дети каждой группы характеризуются личностными особенностями, определяющими их поведение и деятельность.

Слабо мотивированным дошкольникам с ОНР свойственно преобладание мотива избегания неудачи, низкая мотивация к обучению. Они испытывают трудности во взаимодействии с окружающими. Речевая коммуникация не является для них личностно значимой. Эмоциональный статус детей этой группы можно охарактеризовать как нестабильный. Вышеперечисленные особенности препятствуют принятию логопедической помощи.

#### *Контрольные вопросы*

1. Охарактеризуйте понятие речевого нарушения, сущность принципов развития и системного подхода к речевым нарушениям.
2. Проанализируйте и отразите наглядно (в виде схемы или таблицы) структуру клинико-педагогической и психолого-педагогической классификаций речевых нарушений.
3. Объясните письменно, как проявляется связь речи с другими сторонами психического развития.
4. Дайте краткое описание этиологии речевых нарушений.
5. Проанализировав психическое и речевое развитие детей с ОНР, изложите собственную точку зрения на природу общего недоразвития речи.
6. Перечислите основные виды логопедической помощи в нашей стране.

### **3. Дети с интеллектуальными нарушениями**

#### *План*

1. *Этиология отклонений в интеллектуальном развитии детей дошкольного возраста*
2. *Классификации интеллектуальных нарушений у детей дошкольного возраста*
3. *Психологические особенности детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями*

#### *4. Особенности речевого развития детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями*

##### *Литература*

1. Игнатъева, С.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии [Текст] / Игнатъева, Ю.А. Блинков. – М.: Гуманитарный центр ВЛАДОС, 2004.
2. Костенкова, Ю.А. Дети с задержкой психического развития. Особенности речи, письма, чтения [Текст] / Ю.А. Костенькова, Тригер Р.Д., Шевченко С.Г. – М.: Школьная пресса, 2004.
3. Лалаева, Р.И. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития [Текст] / Р.И. Лалаева. – М.: Гуманитарный центр ВЛАДОС, 2004.
4. Логопедия [Текст] / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2007.
5. Шевченко, С.Г. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития [Текст] / С.Г. Шевченко. – М.: Школьная пресса. 2003.

##### *1. Этиология отклонений в интеллектуальном развитии детей*

Согласно современным исследованиям – норма развития это не только количественная, но и качественная оценка особенностей психофизического развития человека. Отклонения от нормы в развитии носит название аномалия. Выделяют несколько понятий «норма»:

- социально-возрастная норма, фиксирующая наличие необходимых интеллектуальных и личностных характеристик ребенка в соответствии с возрастом;
- индивидуальная норма – индивидуально-личностное своеобразие ребенка.

Исследователи отмечают следующие группы отклонений: физические, психические, педагогические, социальные. Физические отклонения связаны с состоянием здоровья человека. Психические нарушения включают отклонения, связанные, прежде всего, с умственным развитием (умственная отсталость, задержка психического развития, нарушения эмоционально-волевой сферы). Следующая группа – педагогические отклонения – включает в себя овладение ребенком определенным уровнем образования в соответствии с существующим стандартом. Группа социальных отклонений связана с нарушениями в поведении и деятельности ребенка.

Подробнее остановимся на интеллектуальных нарушениях, их этиологии, прогнозе развития лиц с интеллектуальными нарушениями. Причины, вызывающие нарушения интеллектуального развития условно делят на экзогенные (внешние), эндогенные (внутренние) и социальные. Они действуют в разные периоды пренатального, натального и постнатального развития. К экзогенным причинам относятся:

- вирусные заболевания (грипп, герпетическая инфекция, корь и др.);
- интоксикации, то есть болезненные состояния, возникающие под воздействием ядовитых веществ;
- заражение различными паразитами (токсоплазмоз);
- травматические поражения плода (ушибы матери, родовые травмы, асфиксии и др.).

Эндогенными причинами являются:

- наследственность (хромосомные, генные болезни: синдром Дауна, синдром Ангельмана и др.);
- нарушение белкового обмена в организме (фенилкетонурия);
- эндокринные заболевания матери (диабет);
- возраст родителей.

Социальные причины:

- депривация (сенсорная, эмоциональная, социальная, когнитивная);
- психотравмирующая ситуация (шоковые травмы, кратковременные психотравмирующие ситуации, неблагоприятные условия воспитания ребенка).

## *2. Классификации интеллектуальных нарушений у детей*

Исследования нарушений интеллектуального развития проводились многими учеными и на основе этого разработаны классификации разных форм нарушений. Г.Е. Сухарева рассматривала следующие типы нарушений интеллекта: поврежденное, задержанное, искаженное. В научных трудах Г.К. Ушакова и В.В. Ковалева предложены как нарушения интеллекта ретардация и асинхрония. В.В. Лебединским разработана современная классификация дизонтогенеза, согласно которой выделяют: недоразвитие, поврежденное развитие, задержанное развитие, искаженное развитие, дисгармоническое развитие. Так недоразвитие возникает в пренатальном, натальном и постнатальном периодах до 3-лет. Недоразвитие как правило отмечается при умственной отсталости (олигофрения). Задержанное развитие наблюдается при замедленном формировании одной или нескольких психических функций. Факторы возникновения этого нарушения в развитии – генетическая предрасположенность, хронические заболевания у ребенка, психические травмы, резидуальная энцефалопатия и др. Поврежденное развитие проявляется после 3-х лет, когда происходит развитие мозга и нарушается развитие сформировавшихся психических функций. К поврежденному развитию относится деменция.

В настоящее время существуют разные классификации нарушений интеллектуального развития. По клинической международной классификации (МКБ-10) выделяют степени глубины нарушений интеллектуального развития. Согласно классификации (МКБ-10) умственная отсталость подразделяется на следующие формы:

- легкую (IQ в пределах 50-69),
- умеренную (IQ в пределах 35-49),
- тяжелую (IQ в пределах 20-34),
- глубокую (IQниже 20 ).



Одна из основных форм умственной отсталости – олигофрения, характеризующаяся стойким снижением интеллектуального развития, вследствие органического поражения ЦНС в перинатальном или раннем постнатальном периодах развития.

Термин «олигофрения» впервые был предложен психиатром Э. Крепелином для характеристики группы нарушений в развитии. Изучение умственной отсталости осуществлялось отечественными исследователями такими как, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева, В. В. Ковалев, Е.А. Стребелева и др.

До недавнего времени по международной классификации (МКБ- 9) выделяли три степени умственной отсталости: дебильность, имбицильность, идиотия. Эта классификация не утратила свою значимость и также имеет место при характеристике лиц с умственной отсталостью.

Вместе с тем по классификации умственной отсталости М.С. Певзнер выделяют пять форм олигофрении.

- неосложненная олигофрения: характерна уравновешанность нервных процессов, относительная сохранность эмоционально-волевой сферы, способность ребенка к целенаправленной деятельности, стабильностью в поведении.

- олигофрения, сопровождающаяся нейродинамическими нарушениями: свойственна неустойчивость процессов возбуждения и торможения, влияющая на поведение и работоспособность ребенка.

- олигофрения с нарушением функций анализаторов: отмечается сочетание тотального поражения коры головного мозга с нарушениями анализаторов (нарушение слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, речи).

- олигофрения, сопровождающаяся психопатоподобным поведением: характерно недоразвитие личностных компонентов, проявляющихся в снижении критичности, влечениях, аффектам.

- олигофрения с выраженной лобной недостаточностью: у детей отмечается пассивность, безынициативность, отсутствие целенаправленности и активности в деятельности. Речь многословна, но в то же время несодержательна.

С.Я Рубинштейн, характеризуя школьников с умственной отсталостью, выделяет следующие группы:

- первая группа: дети-олигофрены; дети, перенесшие травмы головного мозга в период после 2-3 лет; дети, перенесшие нейроинфекции в период после 3-х лет;

- вторая группа: дети с ревматическими поражениями нервной системы; дети с сифилисом; дети с эпилепсиями; дети с шизофрениями; дети с гидроцефалиями.

На современном этапе развития специальной педагогики наиболее распространенной классификацией задержки психического развития является классификация по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу, разработанная К.С. Лебединской. Согласно этой классификации выделяют следующие формы: ЗПР конституционального генеза, ЗПР соматогенного генеза, ЗПР психогенного генеза, ЗПР церебрально-органического генеза.

По исследованиям И.Ф. Марковской ЗПР делится на две группы: первая – это дети с психическим инфантилизмом, вторая – дети с преобладанием интеллектуальной недостаточности высших корковых функций.

### *3. Психологические особенности детей с интеллектуальными нарушениями*

**Умственная отсталость** – это стойкое, необратимое (т.е. не может пройти со временем), нарушение познавательной деятельности, эмоционально-волевой и поведенческих сфер, обусловленное органическим, тотальным поражением коры головного мозга.

Изучением умственной отсталости у детей занимались такие исследователи, как Г.Л. Выгодская, С.Д. Забрамная, Е.А. Стребелева и др.) С.Я. Рубинштейн к важнейшим признакам умственной отсталости относит: стойкий характер нарушений интеллектуального развития, недостатки познавательного развития, а не поведения; органическое поражение головного мозга. Умственная отсталость, возникшая в период до 3-х лет, характеризуется как олигофрения. В более поздний период – деменция. Первичным в структуре дефекта при умственной отсталости является органическое, тотальное поражение головного мозга, вторичные нарушения – недоразвитие познавательной деятельности, в первую очередь мышления. Вместе с тем из-за недоразвития аналитико-синтетической деятельности страдает формирование базовых высших психических функций: внимание, восприятие, память.

Разграничения интеллектуальных нарушений по классификации МКБ -10 базируются на уровне достижения социального приспособления этой категорией лиц с ОВЗ. При легкой степени умственной отсталости (дебильность) дети усваивают навыки самообслуживания, владеют относительно большим словарным запасом. Словесно-логическое и наглядно-образное мышление недоразвиты, преобладает наглядно-действенное мышление. Дети неспособны к овладению сложными понятиями, затрудняются самостоятельно сформулировать вывод, умозаключение. Характерно преобладание конкретно-описательных ассоциаций, сложности установления причинно-следственных связей. Так, попытка ребенка объяснить таяние снега весной: «Снег тает, потому что бегут ручьи», или «Листья распускаются, потому что птицы прилетели».

В целом недостатки мыслительной деятельности проявляются в слабости обобщений, зачастую детьми используются близкие по пространственным и временным характеристикам предметы (кресло-диван, утро-день). У детей отмечается инертность, «застреваемость» на ранее выполненных заданиях: классификация по цвету, далее детям сложно переключиться на классификацию по другим признакам.

Дети с легкой степенью умственной отсталости затрудняются проанализировать составляющие элементы предмета, явления, ситуации, выделяя 1-2 ярких признака в характеристике предмета. Например, белку называют кошкой из-за относительного сходства хвостов, мяч – яблоком из-за схожести по форме и т.д. У учащихся это проявляется в трудностях дифференциации букв, цифр.

Вместе с тем у детей этой группы выявлены недостатки синтеза, то есть соединения отдельных частей предмета, явления и дальнейшей их характеристики. В процессе сравнения предметов, явлений умственно отсталые дети оперируют несущественными признаками. Так, сравнивая девочку и куклу, выделяют такие признаки, как цвет волос, платья и т.п., но не такое отличительное качество, как живое-неживое. Зачастую дети «соскальзывают» с выполнения задания и переходят к описанию («У моей мамы тоже есть красивое платье и бусы».).

Вместе с тем мыслительная деятельность умственно отсталых детей характеризуется недостатками операции абстрагирования, вследствие недоразвития наглядно-образного мышления. Это приводит к трудностям овладения счетом, решения арифметических задач, где требуется представить ситуацию.

У детей с легкой степенью умственной отсталости отмечаются также выраженные нарушения ориентировки в пространстве, что затрудняет процесс освоения таких дисциплин как математика, история, география и т.д. Страдает развитие как произвольного, так и непроизвольного запоминания, их продуктивность. Так большинство дошкольников даже к моменту обучения в школе не запоминают и не воспроизводят названий основных цветов и оттенков, названия цифр, букв и др. При этом дети забывают признаки сходства и различия в предметах и явлениях, часто путают времена года (осень-весна), животных (белка-кошка), растения (ель-сосна, яблоко-апельсин) и т.д.

Определенные трудности дети с легкой степенью умственной отсталости испытывают в установлении последовательности событий. У дошкольников это проявляется в выполнении заданий на раскладывание серии картинок и составления рассказа по ним, у школьников при воспроизведении хронологии исторических событий.

Дети с умеренной умственной отсталостью отличаются тугоподвижностью и инертностью нервных процессов. Также наблюдается отставание в развитии навыков самообслуживания, моторики. Дети с умеренной умственной отсталостью поддаются обучению и овладевают чтением, пониманием несложных текстов, основам письма и счета. Но учебные навыки в быту практически не используются детьми, поэтому быстро распадаются. Эмоции этих детей бедны, но многие способны проявлять элементарную радость, страх, обиду. Речь этих детей характеризуется наличием словарного запаса в пределах 200-300 слов, пониманием простых фраз. Тяжелая степень умственной отсталости сходна с умеренной степенью, но отличается выраженными нарушениями в моторном развитии.

У детей с глубокой степенью умственной отсталости отсутствует собственная речь, характерна немотивированность поступков. Двигательные навыки у этих детей могут отсутствовать или появляться позже. Эмоциональные проявления примитивны, но вместе с тем возможны агрессия, отсутствие чувства опасности, из-за повышения порога болевой чувствительности, не чувствуют боли. Вместе с тем некоторые дети могут отличить близких людей от посторонних, привязываются к тем, кто ухаживает за ними. Обычно такие дети нахо-

дятся в специальных учреждениях, где за ними осуществляется соответствующий уход и надзор.

Как отмечалось ранее к нарушениям интеллектуального развития можно отнести и задержки психического развития. **Задержка психического развития** – это органическое поражение ЦНС, характеризующаяся задержкой в формировании одной или нескольких психических функций. Исследованием этой категории детей с ОВЗ занимались К.С. Лебединская, У.В. Ульяновская, Р.Д. Тригер, С.Г. Шевченко, Н.Ю. Борякова и др.

Среди ЗПР конституционального генеза выделяют: гармонический инфантилизм и дисгармонический инфантилизм. При гармоническом инфантилизме и психическое, и физическое развитие детей отстает от нормы на 2-3 года. При дисгармоническом инфантилизме наблюдается отставание преимущественно в психическом развитии, а физическое соответствует норме. В целом для детей с ЗПР конституционального генеза характерна эмоционально-волевой незрелость, преобладание игровой мотивации, повышенный фон настроения, внушаемость. При ЗПР конституционального генеза отсутствует органическое поражение ЦНС и они могут компенсироваться в процессе коррекционной работы.

Задержка психического развития соматогенного генеза возникает у детей с хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, бронхолегочными заболеваниями, эндокринной системы и др.). Эта группа задержек в развитии появляется не из-за того, что ребенок часто пропускает образовательное учреждение и не овладевает необходимыми знаниями. На самом деле причины в недостатках физиологических процессов вследствие болезненного состояния, выражающиеся в низкой работоспособности, истощаемости нервных процессов и др. В целом компенсации ЗПР соматогенного генеза зависит не только от коррекционной работы, но в первую очередь от результатов лечения.

Следующая форма – это задержки психического развития психогенного генеза, вызванные неблагоприятными условиями развития личности ребенка (длительная психотравмирующая ситуация, стресс и т.п.). При данной форме у ребенка отмечается сочетание сохранности психических процессов со снижением мотивации и продуктивности учебной деятельности. Для детей характерно патологическое развитие личности: тревожность, эгоцентризм, выщипывание волос, грызение ногтей и др. Возможно появление невротического заикания, энуреза, энкопреза. Несмотря на отсутствие органического поражения ЦНС, эта форма задержек психического развития плохо поддается коррекции.

Задержки психического развития церебрально-органического генеза занимают главное место и чаще встречаются среди других форм. Дети с ЗПР церебрально-органического генеза характеризуются большой стойкостью и выраженностью нарушений эмоционально-волевой и познавательной сфер. Для этой группы детей характерно отсутствие яркости эмоций, бедность воображения, внушаемость, расторможенность и др.

Нейропсихологическое исследование детей с задержкой психического развития позволило И.И. Мамайчук определить параметры этого нарушения в развитии, представленные в таблице №1.

Таблица № 1

**Параметры психического развития при разных формах задержки психического развития**

<b>Формы ЗПР</b>	<b>Клинико-психологические проявления</b>	<b>Нейропсихологические проявления</b>
1. Задержка психического развития конституционального генеза	Замедленный темп развития высших психических функций, недоразвитие мотивации учебной деятельности. Личностная незрелость.	Снижение динамики умственной работоспособности, недостатки в развитии внимания, памяти.
2. Задержка психического развития соматогенного генеза	Относительная сформированность высших психических функций. Проявление астении, раздражительности.	Повышенная истощаемость нервных процессов, обуславливающая недостатки в развитии внимания, уменьшения объема памяти.
Задержка психического развития психогенного генеза	При относительной сформированности психических процессов отмечается выраженное снижение мотивации и продуктивности учебной деятельности. Патологическое развитие личности (мнительность, тревожность и т.д.).	Неравномерное развитие психических процессов.
Задержка психического развития церебрально-органического генеза	Недоразвитие отдельных высших психических функций, нарушение интеллектуальной продуктивности.	Отмечается недоразвитие устойчивости, переключаемости внимания. Снижение объема и линейности запоминаемого материала, нарушения зрительно-пространственного гнозиса и праксиса.

Характеризуя развитие познавательной сферы у детей с задержкой психического развития можно выделить следующие общие особенности формирования высших психических функций. В структуре вторичных нарушений преимущественно страдает развитие базовых психических функций (внимания, памяти, восприятия), недостатки развития которых приводят к специфике формирования мыслительной деятельности.

Внимание детей с задержкой психического развития также имеет определенную специфику развития. Для детей с задержкой психического развития характерно снижение устойчивости внимания, повышенная отвлекаемость, недостатки концентрации внимания на объекте восприятия, низкий объем и избирательность внимания, трудности в распределении внимания, что создает препятствия для выполнения нескольких действий.

Недостатки в развитии внимания накладывают отпечаток на специфике формирования восприятия. Детям с задержкой психического развития свойственно отсутствие умения планомерно обследовать предметы, фрагментарное восприятие предметов, концентрация внимания на второстепенных признаках, снижение скорости восприятия и переработки учебного материала, нарушение константности воспринимаемых объектов (изменение положения в пространстве, величины, цвета и др.).

Психолого-педагогические исследования указывают на преобладание произвольных форм запоминания над произвольными, недостатки продуктивности запоминания, сложности в применении эффективных приемов запоминания, низкий объем запоминания и его последовательность в воспроизведении.

Для детей с задержкой психического развития характерно преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления, подражательный вид деятельности, недостатки проявления самостоятельности при выполнении интеллектуальных заданий. Затруднены процессы абстрагирования от конкретной ситуации, поэтому решение логических задач осуществляется детьми преимущественно действенными способами. Использование этих методов связано с недостатками развития чувственного опыта, определяемого недоразвитием базовых психических функций. Особенности нервно-психической деятельности детей с ЗПР обуславливают снижение работоспособности на занятиях, деятельность приобретает импульсивный характер, что приводит к увеличению количества ошибок.

Вместе с тем низкая успеваемость, характерная для школьников с задержкой психического развития, приводит к образованию определенной личностной позиции, выражающейся в снижении потребности общения со сверстниками, трудностями формирования отношения к педагогу как к взрослому и т.п.

Отличительной особенностью детей с задержкой психического развития являются большие возможности в процессе обучения: продуктивное использование помощи взрослого, меньшее количество «подсказок» в процессе выполнения заданий, перенос усвоенных способов выполнения на аналогичные задания.

#### *4. Особенности речевого развития детей с интеллектуальными нарушениями*

Нарушения речи у умственно отсталых детей разнообразны по своим проявлениям и обусловлены степенью снижения интеллекта, наличием нарушений в развитии речеслухового и речедвигательного анализаторов.

Речевое развитие умственно отсталых детей характеризуется поздними сроками его становления. Отдельные слова зачастую появляются в 2-3 года, а фразовая речь после 4-5 лет. Одной из причин речевого недоразвития, по исследованиям С.Я. Рубинштейн, являются слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах. Умственно отсталые дети долго не различают звуки речи, слова, нечетко воспринимают речь окружающих его людей. Отмечается замедленность и недифференцированность в развитии речевой моторики, выражающиеся в нечеткости движений, недостатках их объема, нарушениях тонуса мышц артикуляционного аппарата, наличием кинетической и кинестетической апраксии.

Недостатки в развитии аналитико-синтетической деятельности у умственно отсталых детей обуславливают трудности в формировании языковых обобщений, недоразвитие всех компонентов речи: фонетико-фонематической стороны, лексики, грамматического строя речи, связной речи.

Исследователи Г.А. Каше, М.Е. Хватцев и др. указывают на большую распространенность нарушений фонетической стороны речи у умственно отсталых детей. По мнению Л.Г. Парамоновой причинами нарушений звукопроизношения является недоразвитие познавательной деятельности, то есть дети не сосредоточивают свое внимание на звуковом составе слова. Также у детей этой группы отмечаются недостатки дифференциации фонем, что приводит к заменам звуков в слове, отсутствие четкого слухового образа звука. Вместе с тем наличие параличей, гиперкинезов, парезов затрудняет точность и координированность движений речевого аппарата. Необходимо отметить, что наличие аномалий в строении артикуляционного аппарата у умственно отсталых детей (прогнатии, прогении, неправильное расположение зубов, толстый язык и др., приводящее к неправильному произношению перезднейзычных звуков, искаженному их произнесению. Недостатки в развитии лексико-грамматического строя речи выражаются в бедности словаря, неточном употреблении слов, частом употреблении существительных и глаголов. Отмечается неточность в употреблении слов, вербальных заменах, вызванных трудностями дифференциации предметов. Большинство детей не владеют словами обобщающего характера («игрушки», «посуда» и др.).

У детей этой группы наблюдаются множественные нарушения процессов словообразования и словоизменения. В собственной речи у умственно отсталых выявлено искажение падежей. Чаще всего у умственно отсталых наблюдается неправильное употребление в речи существительных с наречием много. В собственной речи зачастую детьми зачастую опускаются предлоги, заменяются, неправильно согласовываются. Отмечается неправильное согласование прилагательных с существительными в роде, числе, падеже, особенно среднего рода (зеленый платье и т.п.). В ряде случаев отмечается замена полной формы прилагательного его усеченной формой («черна птица» и др.).

Процессы словообразования характеризуются недостатками образования прилагательных от существительных, уменьшительно-ласкательных форм существительных. Чаще дети используют суффиксальный способ образования

новых слов, при этом количество используемых суффиксов небольшое (**-ик, -очек, -чик, -онок, -ёнок, -ок, -ят-, -к-**).

В самостоятельной речи умственно отсталые дети употребляют простые нераспространенные предложения, которые включают прямое дополнение. В связной речи умственно отсталых детей имеют место назывные или неполные предложения, в которых отсутствует сказуемое или подлежащее и сказуемое. Например: «Лето. Солнышко. Цветочки». Склонности умственно отсталых детей к охранительному торможению, а также особенности развития семантических полей приводят к трудностям актуализации активного словаря. Зачастую умственно отсталые дети не осознают необходимости четко передавать описание события в диалоге, не ориентируются на собеседника.

Согласно исследованиям Ю.Г. Демьянова, Н.Ю. Боряковой, Г.И. Жаренковой, В.А. Ковшикова, Е.В. Мальцевой и др. у детей с ЗПР отмечается замедленный темп речевого развития, взаимосвязь нарушений речи с общими психопатологическими особенностями детей этой категории, недостатки межанализаторного взаимодействия.

По исследованиям Е.В. Мальцевой по уровню речевого развития детей с ЗПР условно можно разделить на три группы:

- к первой группе относятся дети с изолированным дефектом, характерно неправильное произношение одной группы звуков, обусловленных аномалиями в строении артикуляторного аппарата, нарушениями в развитии речевой моторики.

- вторая группа представлена детьми с фонетико-фонематическими нарушениями. Недостатки звукопроизношения представлены 2-4 группами и это замены фонетически близких звуков, связанные с недостатками развития фонематического восприятия.

- у детей третьей группы речевое развитие характеризуется существенными нарушениями не только фонетико-фонематических процессов, но и лексико-грамматического строя речи, множественных аграмматизмах.

В раннем возрасте у детей с ЗПР отмечается позднее появление первых слов, отставание в овладении речью. Нарушения речи у детей с ЗПР обусловлены недостатками в строении артикуляционного аппарата (зубов, языка, прикуса и т.д.). Отмечается также недостаточность речевой моторики, проявляющейся в гипер- и гипотонусе мышц языка, кинетической и кинестетической апраксии. Поэтому большинство артикуляторных поз дети выполняют по подражанию после нескольких попыток.

Чаще всего наблюдается смешение звуков со сложной артикуляцией и тонкими акустическими дифференцировками (*р-л, с-щ* и др.). Возможно искаженное произнесение звуков (межзубное, велярное и увулярное произнесение звука [р]).

Недостатки в формировании фонематического восприятия у детей с ЗПР приводят к недостаткам дифференциации звуков, удержанию количества и последовательности звуков, слогов в слове. Вследствие недоразвития фонематического восприятия страдает звуковой анализ и синтез, что затрудняет овладе-



ние грамотой этой категорией детей. Дети выделяют в слове первый гласный звук, однако определение первого согласного или конечного гласного не представляется возможным. Типичными ошибками для детей с ЗПР в ходе анализа являются пропуски гласных звуков, пропуск одной согласной.

Характеризуя особенности словарного запаса детей с ЗПР, можно отметить следующее: как правило, преобладание пассивного словаря над активным, недифференцированное употребление слов, бедность словарного запаса. При этом страдает предметное соотношение слова и предмета (например, «*Цветочки – это и колокольчики, и ромашки*»). Зачастую дети, затрудняясь назвать предмет, переходят к его описанию. Выявлены незначительное использование в речи обобщающих слов, замены родовым или видовым понятием. Характерно недифференцированное использование слов, обозначающих свойства и признаки предметов. Так для обозначения признака предмета (длины, величины, высоты) употребляют слова «большой-маленький», а оценочные прилагательные сводятся к характеристике «плохой – хороший». Подбор антонимов осуществляется с использованием частицы «не»: добрый – недобрый и т.п.

Грамматический строй речи у детей с ЗПР также имеет качественное своеобразие. Дети затрудняются в понимании значения сложных предлогов, допускают замены (*в-из, за-на*). Отмечаются и недостатки использования в речи именительного и родительного падежей особенно существительных множественного числа (*деревы, окна, стулов*). Характерным для детей с ЗПР является неточное употребление глаголов (*мальчик идет – мальчик переходит*), нарушения согласования прилагательных с существительными в роде, падеже, числе (*большая окно, птичьих гнездов*).

Недостатки речевого развитие детей с ЗПР проявляются в нарушениях словообразования. Здесь можно отметить следующее: образование уменьшительно-ласкательных существительных осуществляется преимущественно с помощью суффиксов – *-очк, -ечк, -ек, -чик*; недостатки в словообразовании детенышей животных (*собачки, кошечки*), притяжательных и относительных прилагательных (*медвежачий, рисовочный*).

Нарушения регулирующей и планирующей функции речи приводят к специфическим особенностям развития связной речи у детей с ЗПР. Монологическая речь носит ситуативный характер, ответы малоразвернуты, в ответах основная мысль перебивается посторонними мыслями. В процессе пересказа употребляют незначительное количество смысловых звеньев, наличие повторов, нарушение связи между отдельными предложениями текста. Рассказы детей с ЗПР характеризуются недостатками понимания связей между отдельными картинками, нарушениями логической направленности рассказа, перечислением информации об объектах картинки.

### *Контрольные вопросы*

1. Охарактеризуйте понятие интеллектуальные нарушения.
2. Дайте описание причин нарушений интеллектуального развития

3. Проанализируйте и отразите наглядно (в виде схемы или таблицы) особенности психического развития детей с интеллектуальными нарушениями.

4. Поясните письменно взаимосвязь в развитии мыслительной деятельности и базовых психических функций.

5. Перечислите дифференциально-диагностические критерии отграничения умственной отсталости от задержки психического развития.

## **II. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ**

В последнее время, к сожалению, отмечается рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья, что обусловлено целым рядом экологических, социальных и психологических факторов. Трудности, с которыми сталкиваются дети с ОВЗ, настолько серьезны, что для многих из них становятся труднопреодолимыми или непреодолимыми вообще. Для таких детей наиболее характерно отдаление от общественной жизни, наличие примирения со сложившимся положением и преодоления психологического дискомфорта, а в перспективе - трудности в обучении, участии в жизни общества, устройстве на работу, создании семьи. В связи с этим, вопросы психолого-педагогического сопровождения становятся особо важными в жизни этих детей и они должны находиться в поле зрения психолого-педагогического сопровождения, в котором учитываются их психологические и физические особенности и возможности.

Психолого-педагогическое сопровождение-это целостная система,обеспечивающая создание социально-психологических и педагогических условий для успешного развития и обучения каждого ребенка.

Под психолого-педагогическим сопровождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья понимается комплексная технология психолого-педагогической поддержки и помощи ребёнку и его родителям в осуществлении задач, связанных с развитием, обучением, воспитанием, социализацией со стороны согласованно действующих специалистов разного профиля.

В процессе сопровождения принимают участие следующие специалисты: социальные педагоги, дефектологи, логопеды, психологи и педагоги.

Целью психолого-педагогического сопровождения является создание условий для успешного развития и обучения ребенка с ОВЗ.

Задачами психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ являются:

- создание индивидуальных образовательных маршрутов для каждого ребенка;
- создание эмоционально благоприятного климата в педагогическом составе и детском коллективе;
- своевременная диагностика и коррекция нарушений в развитии;
- повышение психологической и педагогической компетентности родителей и учителей по вопросам, касающихся обучения и воспитания ребенка;
- изучение индивидуальных особенностей детей.

Вышесказанное позволяет полагать, что для включения ребенка с ОВЗ в образовательный процесс, необходим индивидуальный подход, а обучение должно быть организовано так, чтобы появилась возможность удовлетворять потребности каждого ребенка.

## **1. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА)**

### *План*

*1. Основные направления психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.*

*2. Практико-ориентированные рекомендации в работе с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.*

### *Литература*

1. Алексеева, Е.А. Психологическая диагностика и коррекция эмоционального развития детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом средствами художественной деятельности [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.А. Алексеева. – М., 2010.

3. Вагина, М.В. Психологическая диагностика нарушений формирования самооценки у учащихся с детским церебральным параличом [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.В. Вагина. – СПб, 2009.

4. Газалиева, А.М. Инвалидность и комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М. Газалиева. – М., 2008.

5. Якубович, М.А. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания [Текст]: пособие для учителя / М. А. Якубович, О.В. Преснова. – М.: Владос, 2006.

### *1. Основные направления психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.*

Коррекционная работа по формированию двигательных функций у детей с ДЦП в системе психолого-педагогического сопровождения предполагает комплексное, системное воздействие, включающее медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое лечение, массаж, лечебную физкультуру непосредственно связанную с проведением уроков физической культуры, труда, с развитием и коррекцией движений во все режимные моменты.

Медикаментозное лечение направлено на нормализацию мышечного тонуса, уменьшение гиперкинезов, усиление активности компенсаторных процессов в нервной системе. Оно должно строго учитывать структуру двигательного дефекта, быть индивидуальным в зависимости от структуры, особенностей, психической деятельности и соматического состояния ребенка.

Физиотерапевтические процедуры направлены на уменьшение спастичности, улучшение кровообращения в мышцах.

Ортопедическими мероприятиями предполагают, прежде всего, соблюдение режима, разработанного для каждого ребенка индивидуально: использование различных ортопедических приспособлений для ходьбы, коррекции положения рук и пальцев, стабилизации головы и т. д.

Меняющийся, непостоянный характер нарушений мышечного тонуса в речевой мускулатуре, его прямая зависимость от внешних влияний, эмоционального состояния ребенка, положения тела и головы в пространстве обуславливают особенности звукопроизношения у этих детей. Меняющийся мышечный тонус оказывает влияние на стабильность артикуляционных позиций, что приводит к непостоянству нарушений фонетической стороны речи. Если в спокойном состоянии в речевой мускулатуре отмечается дистония (переменный характер мышечного тонуса), то при попытке к речи наблюдается резкое повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. У этих детей всегда наблюдаются своеобразные затруднения при устном ответе. Ребенок лучше высказывается в сопряженной речи, а также в тех случаях, когда вопрос адресуется не лично ему, а группе, классу и т.д., т. е. у этих детей в первую очередь страдает коммуникативная сторона речи.

Проявление гиперкинезов в речевой мускулатуре грубо искажает речь, часто делает ее малопонятной, а порой и невозможной. Кроме того, у детей могут наблюдаться гиперкинезы в мышцах диафрагмы, межреберных мышцах, что, в свою очередь, грубо нарушает дыхание, плавность речи, а в тяжелых случаях приводит к появлению насильственных выкриков или стонов.

Наиболее распространенной формой речевых нарушений является псевдобульбарная дизартрия (нарушение звукопроизношения, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата, чаще всего вследствие псевдобульбарного паралича), которая характеризуется нарушением мышечного тонуса. При этом речевом нарушении характерна ограниченная подвижность артикуляционных мышц; особенно страдают наиболее тонкие изолированные движения, повышено слюноотделение, нарушено дыхание, голосообразование.

Логопедическая работа при всех формах речевых нарушений строится на основе учета данных патогенетического анализа структуры речевого дефекта. При этом важно выделение ведущего дефекта, вторичных нарушений и компенсаторно-приспособительных реакций ребенка. Работа всегда нацелена на развитие всех сторон речевой деятельности ребенка.

При осложненных формах дизартрии деятельность логопеда предполагает обогащение слухового опыта ребенка, развитие его слухового внимания, навыков локализации звука в пространстве, слуховой памяти, фонематического слуха, семантической стороны речи. Работа строится с опорой главным образом на зрительное восприятие.

На логопедических занятиях необходимо стремиться к предупреждению и преодолению различных одновременно проявляющихся движений (синкине-

зий) в скелетной мускулатуре и, особенно, в пальцах рук, мимической мускулатуре.

Работа над артикуляционной моторикой проводится во взаимосвязи с занятиями по лечебной физкультуре на фоне строго индивидуализированной медикаментозной терапии.

В систему логопедических мероприятий включается как работа по развитию артикуляционной моторики и звукопроизносительной стороны речи, так и формирование ее лексико-грамматической стороны, создание условий, с целью овладения ребенком письменной речью.

Поражение черепно-мозговых нервов, имеющих непосредственное отношение к иннервации артикуляционного аппарата, довольно часто взаимосвязано с нарушением функции глазодвигательных нервов. Это проявляется в косоглазии, нарушении фиксации и прослеживания предметов. Наиболее характерны для этих детей нарушения зрительно-моторной координации, проявляющиеся в том, что ребенок не может фиксировать взор и плавно проследить движение своих рук. Эти расстройства затрудняют проведение логопедических занятий, потому что ребенку трудно фиксировать взор на органах артикуляционного аппарата, он не может плавно следить взором за строкой, испытывает трудности в процессе письма, чтения, составления рассказа по серии сюжетных картинок.

Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводится в специальном типе школ – школах-интернатах (школах) для детей с последствиями полиомиелита и церебральных параличей. В такие школы принимаются дети школьного возраста, самостоятельно передвигающиеся и не требующие индивидуального ухода. Школы имеют подготовительный класс, в который принимаются дети семилетнего возраста. Дети с церебральным параличом определяются в специальные классы в составе школы. По мере восстановления здоровья, на основании заключения медико-педагогической комиссии, учащиеся имеют возможность переводиться в общеобразовательную школу или школу-интернат общего типа. По окончании школы с девятилетним и одиннадцатилетним обучением педагогический совет дает выпускникам соответствующие рекомендации по трудоустройству. Трудоустройство выпускников школы, которые к окончанию являются инвалидами I-II группы, проводится органами социального обеспечения.

## *2. Практико-ориентированные рекомендации в работе с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.*

Педагогу важно знать и учитывать, что все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни и обучения. Воздействие на ребенка, имеющего отклонения в развитии, должно способствовать достижению следующих целей:

1. *Создание комфортных условий для ребенка.* Педагоги должны учитывать состояние ребенка в конкретный момент времени. Необходимо помнить,

что первая задача при этом – создать базис, на основе которого ребенок сможет изменяться, почувствует себя лучше и будет готов проявлять активность. Только после этого педагог вместе с ребенком сможет сделать очередной шаг в познании окружающего мира.

2. *Расширение границы возможностей ребенка.* Важно стимулировать все способности ребёнка с ДЦП и добиваться его максимально возможной самостоятельной активности, даже если она недостаточна.

Важная задача специалистов заключается в разработке оптимального индивидуально-ориентированного плана обучения ребенка; при этом необходимо обсудить все варианты с родителями и решить, какая именно форма образования наиболее соответствует потребностям ребенка на каждой стадии его школьной жизни. Во внимание принимаются: местные условия, расстояние до школы, необходимость пользоваться транспортом, оборудованные пандусами крыльцо и лестницы в школе и т.д. Важное значение имеют особенности самого ребенка. Темперамент и интеллектуальные способности значат не меньше, чем физические нарушения. Важно соблюдать следующие рекомендации педагогам при работе с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата:

1. Перед началом обучения необходимо изучить клинико-психолого-педагогический статус ребёнка, так как у детей с ДЦП при сохранном интеллекте идёт «диссоциативное» развитие психики (т.е. отмечается неравномерность развития, когда какие-либо знания и умения ребенка могут быть развиты больше, чем должно быть в его возрасте, и при этом другие знания и умения недостаточно сформированы).

2. У детей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Следует избегать резких внешних воздействий, так как малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма. В связи с этим, педагог должен приближаться к ребёнку со стороны лица, а если это невозможно, стоит словесно обозначить свои действия; нельзя сажать детей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку.

3. Обязательно стоит обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания).

4. Необходимо во время занятий соблюдать двигательный режим, обязательный перерыв на физкультминутку.

5. В структуру и содержание каждого занятия целесообразно включать упражнения на пространственную и временную ориентацию (н-р, положи ручку слева от тетради; найди вчерашнюю дату на календаре и т.д.).

6. Для детей с усиленной саливацией необходима контролирующая помощь со стороны учителя (напоминание проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки – контроля за слюноотечением).

7. Детям, имеющим тяжелые нарушения моторики рук (как правило они всегда связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный под-

бор заданий в тестовой форме, который позволяет ребенку не давать развернутый речевой ответ.

8. Создание особого речевого режима на занятии: четкая, разборчивая речь педагога без резкого повышения голоса, подчеркнутое артикулирование, нужное количество повторений.

9. Увеличение времени, отведенного на выполнение заданий, и категорическое исключение задания на время (так как темп деятельности у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата замедленный).

10. Оказание ребенку с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата сопровождающей помощи дефектолога, специального психолога и логопеда.

11. Возможности и необходимость создания в школе специальной коррекционной предметно-развивающей среды в соответствии с ведущими линиями развития ребенка.

12. Дифференцированный и индивидуальный подход, создание благоприятных условий обучения, учитывающих индивидуальные типологические и специфические особенности детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

#### *Контрольные задания*

1. Опишите медицинские формы коррекции разных психических и физических нарушений при ДЦП.

2. Сформулируйте основные направления и принципы психокоррекционной работы при ДЦП, проиллюстрируйте примерами.

3. Составьте таблицу речевых нарушений при ДЦП и методов их психологической, логопедической и педагогической коррекции.

4. Опишите основные задачи коррекционного воспитания детей дошкольного возраста с ДЦП и основные пути их психологического сопровождения.

## **2. Психолого-педагогическое сопровождение детей с речевыми нарушениями**

### *План*

1. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с речевыми нарушениями в ДОО.

2. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с речевыми нарушениями в специальной школе.

3. Организация работы логопедического пункта общеобразовательного учреждения.

4. Организация логопедической работы в системе учреждения.

### *Литература*

1. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л.И.Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009.
2. Дьякова, Е.А. Логопедический массаж [Текст] / Е.А.Дьякова. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.
3. Глухов, В.П. Основы психолингвистики [Текст]: учеб.пособие для студентов педвузов / В.П.Глухов. – М.: АСТ: Астрель, 2008.
4. Корнев, А.Н. Логопатология [Текст] / А.Н.Корнев. – СПб.: Речь, 2006.
5. Леонтьев, А.А. Основы психолингвистики [Текст] / А.А.Леонтьев; Изд. 3-е. – М.: СПб., 2003.
6. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение: Учеб.пособие / Л.С. Цветкова; Акад.пед.исоц.наук,Моск.психолого-соц.ин-т. – М., 2010.

#### *1. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с речевыми нарушениями в ДОО.*

В дошкольных образовательных организациях (ДОО) компенсирующего или комбинированного вида производится дифференцированное обучение и воспитание детей с разными формами речевых нарушений при сохранном слухе и интеллекте с учетом возраста (Г.В. Чиркина).

Основные направления работы с детьми в группах компенсирующей направленности (логопедических) дошкольных организаций:

- коррекция речевых нарушений;
- подготовка к обучению в общеобразовательной школе;
- подготовка к обучению в специальной школе.

Дети с общим недоразвитием речи принимаются в логопедические группы с пяти лет сроком обучения на два года. Наполняемость групп – 10-12 человек. В группе реализовываются программы Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной. В последние годы все чаще детей с ОНР (с 1-2 уровнем речевого развития) принимают с четырех лет на три года обучения.

Детей с фонетико-фонематическим недоразвитием направляют либо в старшую, либо в подготовительную к школе группы, срок обучения составляет один год. При необходимости (например, при дизартрии), по решению ПМПК ребенок может пройти коррекционное обучение повторно. Наполняемость групп – 12-14 человек. Для подготовительной группы программа коррекционного обучения и воспитания разработана Г.А. Каше, для старшей – Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной.

Детей с заиканием с 2-3 лет направляют в специальные группы, наполняемостью 8-10 человек. В таких группах реализовывается программа С.А. Мироновой, разработанная на основе «Программы обучения и воспитания в детском саду» общего типа и методики преодоления заикания Н.А. Чевелевой. Логопедическая работа строится с опорой на лепку, аппликацию, рисование, конструирование.



Содержание обучения и воспитания дошкольников с нарушениями речи в группах компенсирующей направленности ДОО основывается на требованиях ФГОС дошкольного образования, реализуемым в пяти образовательных областях. Речевое развитие – образовательная область, включающая коррекционно-развивающую работу с детьми, направленную на формирование всех компонентов языковой системы, развитие познавательных способностей, внимания, памяти, мышления.

Логопедическая работа реализовывает следующие задачи развития речи:

- структурные – осуществляется формирование разных структурных уровней системы языка: фонетического, лексического, грамматического;
- функциональные – формируются навыки владения речью в общении (обмен информацией и переживаниями);
- когнитивные - формируется осознание языка и речи, последовательное усложнение интеллектуально речевых действий на основе усложнения мотивации и соотнесения мотива и результата.

Характер коррекционного воздействия и выбор методических приемов зависят от того, какие звенья речевой системы нуждаются в первоочередной коррекции и формировании.

Решение коррекционных задач осуществляется с учетом исходных положений дошкольной педагогики:

- принцип взаимосвязи сенсорного, умственного и речевого развития детей;
- формирование речи с учетом закономерностей ее развития в онтогенезе;
- принцип коммуникативно-деятельностного подхода к развитию речи.

Учитываются психолингвистические положения о последовательном усложнении речевых операций:

- от речевого навыка к речевому умению и речевым высказываниям, подчиненным задачам общения;
- принцип формирования элементарного осознания языковых явлений;
- принцип обеспечения активной речевой практики.

В современных логопедических методиках при обучении детей с системными речевыми нарушениями (общее недоразвитие речи, выраженное фонетико-фонематическое недоразвитие) наиболее эффективным является коммуникативно-деятельностный подход, предполагающий:

- взаимосвязанное обучение видам речевой деятельности;
- ситуативно тематическая организация языкового материала;
- концентричность в подаче и закреплении речевого материала;
- опора на высказывание и текст как основные единицы языковой системы;
- подчиненность речевых навыков развития коммуникативных умений.

Традиционно используются модификации словесных, наглядных и игровых методических приемов развития речи. Особенно широко применяются словесные приемы: речевой образец, повторное проговаривание, объяснение, оценка детской речи, вопрос.

Особенности познавательной сферы детей с речевыми нарушениями:

- недостаточная сформированность и дифференцированность мотивационной сферы,
- недостаточная концентрация и устойчивость внимания;
- слабость в развитии моторики, пространственные трудности.

Без направленной коррекционной работы эти имеющиеся у детей трудности в дальнейшем могут принять большую выраженность и привести к отсутствию интереса к обучению, снижению объема памяти, ошибкам запоминания, трудностям в овладении письмом (дисграфией), дислексии, несформированности счетных операций, слабому овладению грамматикой.

Для обеспечения нормального развития ребенка в целом в программу обучения включается комплекс заданий, направленных на развитие когнитивных процессов: памяти, внимания, мышления, воображения и предпосылок их нормального развития. Предусматривается развитие мелкой моторики, зрительно-пространственного и слухового гнозиса, познавательной активности, мотивационной сферы.

Упражнения, направленные на развитие познавательной сферы включены в структуру занятия и осуществляться параллельно с реализацией учебных и воспитательных целей или в форме самостоятельных упражнений в виде игры, беседы или зарядки.

Одной из наиболее распространенных форм организации логопедической помощи детям дошкольного возраста в настоящее время являются так называемые дошкольные логопункты. Дети зачисляются на логопункты через ПМПК; число занимающихся на логопункте составляет не менее 25-30 человек в год. Работа по исправлению речи проводится 5 раз в неделю и носит индивидуальный или подгрупповой характер. Состав детей подвижный.

## *2. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с речевыми нарушениями в специальной школе.*

В специальную (коррекционную) школу V вида зачисляются дети с общим недоразвитием речи II и III уровня со следующими формами речевой патологии: дизартрия, ринолалия, алалия, афазия, дислексия, дисграфия, заикание. Наполняемость классов 12 человек.

Коррекционное учреждение V вида имеет в своем составе два отделения.

В 1 отделение принимаются дети, имеющие общее недоразвитие речи тяжелой степени, страдающие алалией, дизартрией, заиканием, ринолалией, афазией. Учащиеся 1 отделения обучаются по специальной программе, предусматривающей коррекцию различных проявлений речевого дефекта и обусловленных ими недостатков в психическом развитии.

Во 2-е отделение зачисляются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи.

Учащиеся 2 отделения обучаются по программе массовой школы и осваивают ее в те же нормативные сроки.

Учащиеся речевой школы получают цензовый государственный документ о неполном среднем образовании. Если к концу школьного обучения удастся преодолеть полностью речевой дефект, то выпускник может продолжить свое образование. При успешной коррекции речевых нарушений на любом этапе обучения на основании заключения ПМПК ребенок может быть переведен в общеобразовательную школу.

На первой ступени – начального образования – все уроки ведут учителя логопеды (исключение составляют уроки музыки, ритмики, физкультуры); помимо этого они осуществляют коррекционную работу по устранению речевых нарушений.

В программу начального звена 1 отделения вводятся специальные уроки: по формированию произношения, развитию речи, обучению грамоте, срок освоения программы составляет 4–5 лет.

На второй ступени дети за шесть лет получают основное общее образование. Учителя, осуществляющие преподавание общеобразовательных дисциплин, должны пройти курсы повышения квалификации или переподготовку. Коррекционно логопедическую работу осуществляет учитель русского языка и литературы, который должен иметь обязательную квалификацию «учитель-логопед».

Комплексный подход осуществляется только в условиях школы интерната: с каждым классом работают учитель - логопед и 2 воспитателя. С детьми работают психологи специального образования.

Необходимую медицинскую помощь оказывают психиатр, невролог, педиатр. В условиях школы ребенок принимает физиотерапевтические назначения, также вводится ставка специалиста по ЛФК.

Проблему коррекционного обучения и воспитания детей с ТНР рассматривали Т.П. Бессонова, О.Е. Грибова, Л.Ф. Спирова, Т.В. Туманова, Л.А. Тишина, Г.В. Чиркина, А.В. Ястребова.

### *3. Организация работы логопедического пункта общеобразовательного учреждения*

Дети школьного возраста с негрубыми речевыми нарушениями обучаются в массовых школах и могут получать логопедическую помощь на школьных логопунктах. Зачисляются дети с нарушениями устной и письменной речи: с ФФН, с ОНР, а также дети с дисграфией или дислексией. Зачисление осуществляется на основе обследования речи учащихся в период с 1 по 15 сентября и с 15 по 30 мая. Предельная наполняемость логопедического пункта городских школ составляет 25 человек, сельских школ – 20 человек.

Основные задачи логопедической работы: коррекция нарушений в развитии устной и письменной речи обучающихся, своевременное предупреждение и преодоление трудностей в освоении обучающимися общеобразовательной программы, просветительская работа с учителями и родителями по вопросам нарушений речи и их коррекции у детей.

Занятия проводятся индивидуально или с подгруппами из 4–5 человек, как правило, во внеурочное время. Периодичность занятий определяется с учетом тяжести речевого нарушения. Продолжительность группового занятия составляет 40 минут, индивидуального – 20 минут. Логопед ведет следующую документацию: выписки из протоколов ПМПК о зачислении детей на логопункт, речевые карты и планы индивидуальной работы, журнал регистрации, перспективные и календарные планы, планы работы с родителями и учителями.

Дети с нарушениями речи могут получать логопедическую помощь в системе здравоохранения, где функционируют логопедические кабинеты при детских поликлиниках, стационары и полустационары при детских больницах, диспансерах, специализированных центрах и т. п., детские санатории.

#### *4. Организация логопедической работы в системе здравоохранения*

Положение о логопедическом кабинете детской поликлиники определяет следующие направления профессиональной деятельности логопеда:

- педагогическая (логопедическая) работа по исправлению нарушений речи детей на систематических и консультативных занятиях;
- выявление детей с речевым недоразвитием и направление их на ПМПК для последующего устройства в дошкольные и школьные учреждения или речевые стационары разного профиля;
- участие в комплектовании логопедических учреждений здравоохранения и образования и оформление на каждого ребенка логопедической характеристики;
- профилактическое обследование детей, посещающих дошкольные учреждения;
- санитарно-просветительская работа с родителями, педиатрами, воспитателями детских садов.

Современные условия диктуют необходимость развития логопедической инфраструктуры в регионах, а также качественной реализации принципа преемственности между различными логопедическими учреждениями.

В речевых стационарах (отделениях) разного профиля оказывается квалифицированная комплексная помощь детям, имеющим помимо нарушения речи сопутствующие отклонения в физическом развитии; осуществляется углубленное обследование соответствующими специалистами; намечаются направления коррекционной работы с необходимым комплексом лечебных мероприятий.

#### *Контрольные задания*

1. Опишите структуру психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями речи.
2. Охарактеризуйте задачи логопедической работы в разных типах образовательных организаций и занесите в таблицу.

3. Раскройте организационно-методические требования к построению обучения в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

4. Охарактеризуйте организацию логопедической работы в системе здравоохранения.

5. Охарактеризуйте современное состояние логопедической помощи в России.

### **3. Психолого-педагогическое сопровождение детей с интеллектуальными нарушениями**

#### *План*

*1. Условия организации коррекционно-развивающей работы с детьми с интеллектуальными нарушениями.*

*2. Характеристика методов реализации содержания коррекционно-развивающей работы с детьми с интеллектуальными нарушениями.*

#### *Литература*

1. Дубровина, И.В. Психологическая служба образования: организация и управление [Текст] // И.В. Дубровина / Вестник практич. психологии образования. – 2007. - № 1. – С. 56-63.

2. Староверова М.С., Кузнецова О.И. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы. Практические материалы для психологов и родителей [Текст] / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛД; 2013. – 143 с.

3. Якубович М.А. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания: Пособие для учителя [Текст] / М.А. Якубович, О.В. Преснова. – М.: Владос, 2006. – 287 с.

#### *1. Условия организации коррекционно-развивающей работы с детьми с интеллектуальными нарушениями.*

Одним из условий коррекции интеллектуальных нарушений является разработка содержания и основных ее направлений, в соответствии с реальными возможностями ребенка, обеспечивающими развитие его потенциальных возможностей.

Главной задачей в обучении детей с интеллектуальными нарушениями является создание условий для развития всех видов деятельности (игровой, учебной, трудовой), формирования мотиваций поведения, обогащение положительным опытом взаимоотношений с окружающими людьми.

По исследованиям Е.М. Мастюковой к условиям, определяющим преодоление отрицательных стереотипов в поведении детей с интеллектуальными нарушениями, относятся: создание щадящего режима; разработка коррекционно-развивающих программ, обеспечивающих индивидуализацию и дифферен-

цированность в обучении; учет особенностей развития высших психических функций, обучаемости детей.

## *2. Характеристика методов реализации содержания коррекционно-развивающей работы с детьми с интеллектуальными нарушениями.*

На занятиях педагог должен стремиться опросит всех детей (письменно, устно), знания обязательно закрепляются индивидуально с каждым ребенком (не менее 3-х раз в неделю). Одним из условий занятий является обобщение каждого его этапа (проверка заданий, объяснение нового материала, закрепление в ходе выполнения разных заданий). Необходимо отметить, что повышению работоспособности на занятиях способствует наглядно представленная схема последовательности действий (карточки с изображением этапов рисования предмета, решения задачи и т.д.).

Учебный материал необходимо объяснять по частям, при этом вопросы должны формулироваться четко и ясно. Возникающие ошибки необходимо разбирать вместе со всеми детьми. Учебный материал дается детям небольшими частями с постепенным усложнением. В ходе занятий детям задаются дополнительные вопросы, наглядность, образцы рисунков, решения задач и т.п.

Как отмечалось ранее, у детей с интеллектуальными нарушениями отмечается быстрая утомляемость, снижение работоспособности, связанных с органическими поражениями ЦНС. Для поддержания интереса к занятию, повышения эмоционального настроения необходима смена различных видов деятельности (учебная, физкультминутка, игровая, релаксация и т.д.), использование наглядного материала, введение игровых моментов или сказочных персонажей.

Большое значение на занятии придается личности педагога, манере ведения занятия, изложения учебного материала. Темп занятия должен соответствовать возможностям детей с интеллектуальными нарушениями, вместе с тем педагог должен поддерживать динамику занятия.

В ходе обучения действию по словесному образцу следует пояснить функции образца, а затем вычленять его из текста. Необходимо закреплять навык, используя различные задания. Следует учить детей видеть образец и действовать с его помощью. Сначала отрабатывают образец в упражнениях с одним заданием, затем с несколькими заданиями. Необходимо на занятии формировать у детей самоконтроль, постоянно возвращаясь к образцу, находя причины ошибок.

Детей необходимо научить вычленять этапы деятельности, отчитываться за выполнение каждого из них, планировать реализацию содержания на каждом этапе. Педагог дает задание дать отчет о выполнении задания. Широкое привлечение речи дает возможность понимания смысла выполняемой деятельности, соответствующей оценки результата работы. Педагогу следует учить детей планировать свою деятельность, контролировать этапы ее выполнения. С этой целью возможно использование заданий воспроизводящего характера по образ-

цу, тренировочного характера по аналогии с образцом, контрольного характера и др.

Содержание занятий должно строиться с опорой на чувственный опыт ребенка, то есть необходимо включать обследование предмета, сравнения предмета на различных картинках и т.д. Вместе с тем следует дозировать содержание учебного материала, выбирать цели и средства ее достижения, развивать интерес к занятию через систему поощрений.

Определенное значение имеет учет нереализованных познавательных возможностей. Так как у детей с интеллектуальными нарушениями растянута фаза снижения работоспособности, а фаза повышенной работоспособности сокращена, необходимо использовать чередование различных видов деятельности, использования муляжей, самостоятельного изготовления моделей на занятиях.

Для обогащения чувственного опыта следует организовывать наблюдения за животными, растениями, явлениями природы. Организуя наблюдение педагогу необходимо побуждать детей сравнивать один предмет с другим, разбивая задачу наблюдения на части. Вместе с тем на всех этапах коррекционной работы с детьми с интеллектуальными нарушениями используются практически методы: обведение контуров предметов, штриховка, выполнение рисунков, схематичного изображения предмета или явления.

#### *Контрольные задания*

1. Раскройте особенности организации коррекционно-развивающей работы для детей с интеллектуальными нарушениями.
2. Сформулируйте и обоснуйте условия организации коррекционно-развивающей работы с детьми с интеллектуальными нарушениями.
3. Раскройте содержание основных направлений коррекционно-развивающей работы для детей с интеллектуальными нарушениями.
4. Покажите значимость разработки индивидуального коррекционно-образовательного маршрута и индивидуальных программ развития детей с интеллектуальными нарушениями.
5. Разработайте психолого-педагогические рекомендации для организации сопровождения дошкольников, младших школьников и подростков с интеллектуальными нарушениями.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Башмакова, С.Б. Психология нарушенного развития с основами организации коррекционной помощи: учебное пособие [Текст] / С.Б. Башмакова. – Киров: Изд-во ВятГГУ, 2007. – 102 с.
2. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи [Текст] / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкина. – М.: Книголюб, 2005. – 55 с.
3. Глухов, В. П. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии [Текст]: учеб.-метод. пособие для вузов / В.П. Глухов.–М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2007. – 311 с.
4. Дистанционное образование: педагогу о школьниках с ограниченными возможностями здоровья / Под ред. И.Ю. Левченко, И.В. Евтушенко, И.А. Никольской. – М.: Национальный книжный центр, 2013. – 336 с.
5. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии [Текст] / И.И. Мамайчук. – М.: Генезис, 2010. – 400 с.
6. Семаго, Н.Я. Типология отклоняющегося развития: модель анализа использования в практической деятельности [Текст] / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: Генезис, 2011. – 400 с.
7. Староверова, М.С., Кузнецова О.И. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы [Текст]: практические материалы для психологов и родителей / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛД; 2013. – 143 с.
8. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога работающего с детьми с ОВЗ [Текст]: Методическое пособие. – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2012. – 167 с.
9. Ульяновская, У.В. Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии [Текст]: учебное пособие / У.В. Ульяновская. – СПб.: Питер, 2006. – 304 с.
10. Якубович, М.А. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания [Текст]: пособие для учителя / М.А. Якубович, О.В. Преснова. – М.: Владос, 2006. – 287 с.
11. Гаврилова, Н.В. Проблемы адаптации лиц с ОВЗ/ Н.В. Гаврилова //Профессиональное образование. Столица №1 , 2013, с.42-43.
12. Электронный ресурс: <http://nsportal.ru/shkola/korreksionnaya-pedagogika> // Попов В.С. «Методические рекомендации учителю, работающему с детьми с нарушением интеллекта».
13. Электронный ресурс: [http://otherreferats.allbest.ru/psychology/220749\\_1.html](http://otherreferats.allbest.ru/psychology/220749_1.html) // Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
14. Электронный ресурс: <http://mfsng.ru> // Пленарное заседание научно-практического конгресса «Здоровье сберегающие технологии в образовании» 2013 г., Сергеева Г.И., Сугрובה Г.А., Савина Л. «Комплексный подход к адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования».



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>I. Психолого-педагогические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья</b> .....	4
1. Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата....	4
2. Дети с нарушениями речи.....	22
3. Дети с интеллектуальными нарушениями.....	38
<b>II. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ</b> .....	50
1. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.....	51
2. Психолого-педагогическое сопровождение детей с речевыми нарушениями.....	55
3. Психолого-педагогическое сопровождение детей с интеллектуальными нарушениями.....	61
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	64

Учебное издание

**Ирина Дмитриевна Емельянова,  
Светлана Витальевна Маркова**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ  
СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ  
С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебное пособие

*Техническое исполнение – В. М. Гришин*

Формат 60 x 84 /16. Гарнитура Times. Печать трафаретная.

Печ.л. 4,1 Уч.-изд.л. 3,8

Тираж 300 экз. (1-й завод 1-25 экз.). Заказ 131

Отпечатано с готового оригинал-макета на участке оперативной полиграфии  
Елецкого государственного университета им. И. А. Бунина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина»  
399770, г. Елец, ул. Коммунаров, 28,1