**Рекомендации педагога — психолога  для педагогов,**

**работающих с детьми ОВЗ**

Право на образование является одним из основных и неотъемлемых конституционных прав граждан Российской Федерации. При этом возможность получения образования гарантируется гражданам Российской Федерации независимо от их состояния здоровья и места жительства.

Организация обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательных учреждениях общего типа способствует эффективному решению проблем их социальной адаптации и интеграции в общество.

Данные методические рекомендации (памятки) разработаны в целях оказания психолого-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, обучающихся в условиях общеобразовательного учреждения, с целью повышения профессиональной компетентности педагогов, работающих с данной категорией детей.

На сегодняшний день жизнь очень многих детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов помимо борьбы с тяжелым заболеванием осложнена неблагоприятным психологическим климатом в семье, связанным с конфликтами, перегрузками и усталостью родителей детей-инвалидов. Инвалидность ребенка в условиях современного российского общества влечет за собой целую лавину проблем психологического, социального и экономического характера.

Существует определенная типология семей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями здоровья или ребенка-инвалида.

**Благополучная семья**, имеющая ребенка данных категорий детей – это семья, в которой соблюдаются все права ребенка, благополучие каждого его члена. Ребенок-инвалид в семье может быть не только фактором ее дезорганизации, но и, напротив, способствовать ее укреплению. Некоторые семьи, находясь в непростых условиях российского общества, обеспечивают необходимые для жизни и развития ребенка-инвалида условия, оставаясь при этом полноценной семьей. Инвалидность ребенка не

стоит рассматривать только как фактор неблагополучия семьи.

**Неблагополучная семья**, имеющая ребенка с ограниченными возможностями здоровья или ребенка-инвалида – это семья, в которой нарушаются права ребенка на уход, воспитание, развитие, грубо нарушаются права других членов семьи. Неблагополучная семья может иметь целый комплекс нарушений: дефекты воспитательных позиций родителей, дефекты социально значимых качеств родителей, дефекты социально значимых качеств детей, дефекты межличностных отношений и др.

**Семья социального риска**, имеющая ребенка с ограниченными возможностями здоровья или ребенка-инвалида,занимаетпромежуточное положение междублагополучной и неблагополучной семьей, ее нельзя с уверенностью отнести ни к одной, ни к другой категории. В этом и заключается сложность выявления проблемного поля такой семьи и выработки механизмов для оказания ей помощи. Социальный риск может пониматься как опасность попадания ребенка в трудную жизненную ситуацию, в положение, когда ребенок-инвалид не в состоянии самостоятельно решать жизненно важные проблемы, в том числе задачи развития. Однако эта ситуация иногда скрыта не только от специалистов, но и от родителей в семье. Не всегда она выражается ребенком-инвалидом внешне, часто скрывается от окружающих. В связи с этим ситуации социального риска характеризует многообразие трудных жизненных ситуаций, каждая из которых требует специального рассмотрения.

*Для*учащихся с ограниченными возможностями здоровья необходимы изменения способов подачи информации или модификации учебного плана с целью более успешного освоения общеобразовательной программы. Необходимо предоставление особых условий: изменения сроков сдачи, формы выполнения задания, его организации, способов представления результатов.

         Необходимые изменения способов подачи информации и модификации должны быть включены в индивидуальный образовательный план учащегося. Эти изменения следует применять так, чтобы они отражали индивидуальные нужды учащихся с особыми потребностями, причем очень важно также узнавать мнение самих учащихся о том, в чем именно они нуждаются.

         Рекомендации по поводу коррективов в учебниках и образовательных программах, возможных изменений на уроке в классе и заданиях и возможных поведенческих ожиданиях, которые нужно принять во внимание при обучении детей с особыми образовательными потребностями.

*В процессе обучения учителю следует:*

- использовать четкие указания;

- поэтапно разъяснять задания;

- учить последовательно выполнять задания;

- повторять инструкции к выполнению задания;

- демонстрировать уже выполненное задание (например, решенная математическая задача);

*В учебном процессе использовать различные**виды деятельности:*

- чередовать занятий и физкультурные паузы;

- предоставлять дополнительное время для завершения задания;

- предоставлять дополнительное время для сдачи домашнего задания;

- использовать листы с упражнениями, которые требуют минимального заполнения;

- использовать упражнения с пропущенными словами/предложениями.

- обеспечивать школьника копией конспекта.

*Способы* *оценки достижений и знаний учащихся:*

- использовать индивидуальную шкалу оценок в соответствии с успехами и затраченными усилиями;

- ежедневная оценка с целью выведения четвертной отметки;

- оценка работы на уроке учащегося, который плохо справляется с тестовыми заданиями.

- акцентировать внимание на хороших оценках;

- разрешать переделать задание, с которым ученик не справился;

- проводить оценку переделанных работ;

- использовать систему оценок достижений учащихся.

***В организации учебного процесса необходимо:***

- использовать вербальные поощрения;

- свести к минимуму наказания за невыполнение правил; ориентироваться более на позитивное, чем негативное;

- составлять планы, позитивно ориентированные и учитывающие навыки и умения школьника;

- предоставлять учащимся права покинуть рабочее место и уединиться, когда этого требуют обстоятельства;

- разработать кодовую систему общения (слова, жесты), которая даст учащемуся понять, что его поведение является недопустимым на данный момент;

- игнорировать незначительные поведенческие нарушения;

-                   разработать меры вмешательства в случае недопустимого поведения, которое является непреднамеренным;

-                   осваивать знания об изменениях в поведении, которые предупреждают о необходимости применения медикаментозных средств или указывают на переутомление учащегося с ограниченными возможностями здоровья.

**Различаются следующие категории детей с нарушениями в развитии:**

1. дети с нарушениями слуха;
2. дети с нарушениями зрения;
3. дети с нарушениями речи;
4. дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
5. дети с задержкой психического развития (ЗПР);
6. дети с нарушениями интеллекта.

**I.Нарушение слуха** – полное (глухота) или частичное (тугоухость) снижение способности обнаруживать и понимать, различать звуки. Дети с нарушенным слухом чаще всего обучаются в специальных школах или школах-интернатах для детей с нарушенным слухом (школы для глухих и школы для слабослышащих детей). Эти ребята разделяются на две группы: слабослышащие, которые с помощью слухового аппарата или без него могут слышать устную (звучащую) информацию, и глухие, которые не воспринимают разборчиво на слух обращенную речь даже при наличии звукоусиления.

**Глухие дети:** ранняя глухота резко ограничивает возможность ребенка ковладению речью. Так как потребность в общении не может бытьреализована через речь, глухойребенок ищет другие способыи средства общения с помощьюпредметов, действий. Он оперирует наглядными образами, способен рисовать, лепить, создаватьпо образцу модель из конструктора (что в первую очередь отличает его от умственно отсталогоребенка).Глухой малыш, как правило,обращается к вынужденной форме общения – мимике и жестам.Жестовая речь основана на системе жестов, каждый из которыхимеет свое значение и может применяться в узком кругу людей,владеющих системой её знаков.

**Слабослышащие дети:** при врожденной тугоухости, своевременно не диагностированной, ребенок почтине усваивает речевые навыки ипереходит на язык жестов. Возникновение тугоухости в доречевой период вызывает значительное речевое недоразвитие,после сформирования речи – неограничивает ее развития, нопроявляется в характерных особенностях (бедность словарногозапаса; искажение слов; недоговаривание слов; невыразительность дикции).

**Рекомендации по межличностному взаимодействию**

**с людьми с нарушенным слухом:**

* Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помаши ему рукой или похлопай по плечу. Смотри ему прямо в глаза и говори четко, хотя имей в виду, что не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам.
* Не затемняй свое лицо и не загораживай его руками, волосами или какими-то предметами. Собеседник должен иметь возможность следить за выражением твоего лица.
* Существует несколько типов и степеней глухоты. Соответственно существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если ты не знаешь, какой предпочесть, спроси у них.
* Некоторые люди могут слышать, но воспринимают отдельные звуки неправильно. В этом случае говори немного более громко и четко, подбирая подходящий уровень. В другом случае понадобится лишь снизить высоту голоса, так как человек утратил способность воспринимать высокие частоты.
* Говори ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не надо.
* Если тебя просят повторить что-то, попробуй перефразировать свое предложение.
* Используй жесты.
* Убедись, что тебя поняли. Не стесняйся спросить, понял ли тебя собеседник.
* Если ты сообщаешь информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напиши ее, сообщи по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.
* Если существуют трудности при устном общении, спроси, не будет ли проще переписываться. Не говори: «Ладно, это неважно…». Сообщения должны быть простыми.
* Не забывай о среде, которая тебя окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.
* Не меняй тему разговора без предупреждения. Используй переходные фразы вроде: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить…»
* Очень часто слабослышащие люди используют язык жестов. Если вы общаетесь через переводчика (сурдопедагога), не забудь, что обращаться надо непосредственно к собеседнику, а не к переводчику (сурдопедагогу).
* Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Тебе лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил и помнить, что только три из десяти слов хорошо прочитываются; нужно смотреть в лицо собеседника и говорить четко и медленно, используя простые фразы, жесты, телодвижения.

**II. Нарушение зрения** – полная или частичная утрата зрения, снижение остроты зрения или сужение поля зрения. Зрительные нарушения вызывают у детей значительные затруднения в познании окружающей действительности, сужают общественные контакты, ограничивают их ориентировку, возможность заниматься многими видами деятельности. Различают следующие типы детей с нарушением зрения: слепые дети; слабовидящие дети; дети с косоглазием.

**Особенности проявления нарушений зрения у детей:** так как при врожденной илиранней слепоте ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений, у некоторыхиз них задерживается освоениепространства и предметной деятельности. Их представленияи знания о предметах реальногомира скудны и схематичны.Речь часто формируется с задержкой. Вместе с тем, сформировавшаяся речь нередко бывает более богатой по лексике, чему детей с сохранным зрением.

Отмечается склонностьэтих детей к рассуждению,но слова часто не выражаютконкретного их значения илииспользуются неадекватно. Отвлеченные понятия у слепыхдетей часто усваиваются легче,чем конкретные. Для них характерен высокий уровень развитиявербальной (словесной) памяти.Мышление этих детей вязкое, обстоятельное, они склонны к детализации.

Слепота тормозит двигательную активность ребенка. Малоподвижность, вялость, медлительность являются характерными особенностями этих детей. Формирование навыков самообслуживания замедленно, и они часто не полностью сформированы даже к периоду школьного обучения.

**Рекомендации по межличностному взаимодействию**

**с людьми с нарушением зрения:**

* Когда ты встречаешься с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называй себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент ты обращаешься и назвать себя.
* Нарушение зрения имеет много степеней. Человек может быть полностью слепым или плохо видеть. Полностью слепых людей всего около 10 %, остальные люди имеют остаточное зрение, могут различать свет и тень, иногда цвет и очертания предмета. У одних слабое периферическое зрение, у других – слабое прямое при хорошем периферическом зрении. Все это надо выяснить учитывать при общении.
* Предлагая свою помощь, направляй человека, не стискивай его руку, иди

так, как Вы обычно ходите. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой.

* Не обижайся, если твою помощь отклонили.
* Опиши коротко, где ты находишься. Например: «В центре зала, примерно в шести шагах от Вас, стоит стол». Или: «Слева от двери, как заходишь –кофейный столик».
* Предупреждай о препятствиях: ступенях, лужах, ямах, низких притолоках, трубах и т.п. Обрати внимание на наличие бьющихся предметов.
* Используй (если это уместно) фразы, характеризующие звук, запах, расстояние. Учти, однако, что не всем это нравится.
* Обращайся с собаками-поводырями не так, как к обычным домашним животным. Не командуй, не трогай и не играй с собакой-поводырем.
* Не отнимай и не стискивай трость человека.
* Всегда выясняй, в какой форме человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, диск, флешка. Если у вас нет возможности перевести информацию в нужный формат, отдайте ее в том виде, в котором она есть – это лучше, чем ничего.
* Если ты собираешься читать незрячему человеку, сначала предупреди об этом. Говори нормальным голосом.
* Если это важное письмо или документ, не нужно для убедительности давать его потрогать. При этом не заменяй чтение пересказом. Когда незрячий человек должен подписать документ, прочитай его обязательно. Инвалидность не освобождает слепого человека от ответственности, обусловленной документом.
* Всегда обращайся непосредственно к человеку, даже если он тебя не видит, а не к его зрячему компаньону.
* Когда ты предлагаешь незрячему человеку сесть, не усаживай его, а направь руку на спинку стула или подлокотник. Если ты знакомишь его с незнакомым предметом, не води по поверхности его руку, а дай ему возможность свободно потрогать предмет.
* Если тебя попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть

кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет. Когда ты общаешься с группой незрячих людей, не забудь каждый раз называть того, к кому ты обращаешься.

* Не заставляй твоего собеседника вещать в пустоту: если ты перемещаетесь, предупреди его.
* Вполне нормально употреблять выражение «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязать.
* Избегай расплывчатых определений и инструкций, которые обычно сопровождаются жестами, выражений вроде: «стакан находится где-то там, на столе», «это поблизости от вас». Старайся быть точным: «Стакан посередине стола», «Стул справа от вас».
* Пытайся облечь в слова мимику и жесты.
* Если ты заметил, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляй его движением на расстоянии, подойди и помоги выбраться на нужный путь.
* При спуске или подъеме по ступенькам веди незрячего человека перпендикулярно к ним.
* Передвигаясь, не делай рывков, резких движений. При сопровождении незрячего человека не закладывай руки назад – это неудобно.

**III. Нарушение речи:** в тех случаях, когда у ребенка сохранны слух, зрение, не нарушен интеллект, но имеются значительные отклонения от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, которые могут сказаться на формировании всей его психики, мы говорим об особой категории детей с нарушениями в развитии – о детях с речевыми нарушениями. Для обозначения нарушений речи используются также термины – расстройства речи, дефекты речи, речевая патология.

Следует различать патологические речевые нарушения и возможные речевые отклонения от нормы, вызванные возрастными особенностями формирования речи или условиями внешней среды (некоторые речевые особенности родителей, двуязычие в семье, диалектизмы, безграмотность). Речевые нарушения могут затрагивать различные стороны речи: звуковую (произносительную), фонематическую (смыслоразличительную), лексику, грамматический строй.

Речевые нарушения не исчезают самостоятельно, без специально организованной коррекционной работы. Изучением, предупреждением и коррекцией этих нарушений занимается отрасль дефектологии – логопедия.

В структуре дефекта при речевой патологии проявляются нарушения средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие речи, общее недоразвитие речи), нарушения в применении средств общения (заикание, проявление речевого негативизма и др.).

**Рекомендации по межличностному взаимодействию**

**с людьми с речевыми нарушениями:**

* Используй доступный язык, выражайся точно и по делу.
* Избегай словесных штампов и образных выражений, если только ты не уверен в том, что твой собеседник с ними знаком.
* Не говори «свысока». Не думай, что тебя не поймут.
* Говоря о задачах или проекте, рассказывай все «по шагам». Дай возможность собеседнику обыграть каждый шаг после того, как ты объяснил ему.
* Исходи из того, что взрослый человек с нарушениями речи имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.
* Если необходимо, используй иллюстрации или фотографии. Будь готов повторить несколько раз. Не сдавайся, если тебя с первого раза не поняли.
* Обращайся с человеком с речевыми нарушениями точно так же, как ты бы обращался с любым другим. В беседе обсуждай те же темы, какие ты обсуждаешь с другими людьми, например, планы на выходные, отпуск, погода, последние события.
* Обращайся непосредственно к человеку.
* Помни, что люди с речевой патологией, дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т. д.
* Если это необходимо, можешь записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложи своему собеседнику обсудить его с другом или семьей.

**IV. Нарушения опорно-двигательного аппарата:** травмы позвоночника относят к наиболее тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата. При травме позвоночника может происходить повреждение, как костных структур (позвонков), так и мягких тканей (межпозвонковых дисков, связок, мышц, нервных корешков, спинного мозга). Очень серьезными последствиями спинальной травмы является повреждение нервных структур, а также развитие нестабильности позвоночника. Перелом позвонков у лиц молодого и среднего возраста чаще возникают при воздействии очень значительной внешней силы. Наиболее частыми причинами переломов позвоночника у этой категории лиц являются автомобильные аварии, «травма ныряльщика» и падение с большой высоты.

**К травмам позвоночника относятся:** повреждения шейного отдела позвоночника; повреждения тел грудных и поясничных позвонков; перелом копчика; компрессионный перелом позвоночника; остеопороз. При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппаратау большинства этих детей наблюдаются сходные проблемы.

Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Часть детей с такой патологией не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами.

**Детский** **церебральный паралич (ДЦП)** – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга на ранних этапах развития (во внутриутробный период, в момент родов и на первом году жизни). Двигательные расстройства у детей с ДЦП часто сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, с нарушениями функций других анализаторов (зрения, слуха). Поэтому эти дети нуждаются в лечебной, психолого-педагогической и социальной помощи.

**Классификация нарушений опорно-двигательного аппарата:** отмечают различные видыпатологии опорно-двигательного аппарата. *Заболевания нервной системы:* детский церебральный паралич, полиомиелит. *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).*Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:*травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей,полиартрит,заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей,остеомиелит),системные заболеванияскелета (хондродистрофия, рахит).

Термин детский церебральный паралич употребляется для характеристики хронического заболевания, при котором поражается центральная нервная система, двигательная и мышечная активность с нарушением координации движений. В значительной части случаев (до 75 %) возникает нарушение речи, у части детей (15-20 %) задерживается развитие интеллектуальной сферы деятельности.

**Формы церебрального паралича:** в настоящее время для классификации форм ДЦП за рубежом применяется международная классификация болезней - МКБ-10. Данная классификация определяет следующие формы:спастическая диплегия (приэтой форме паралич распространяется на все четыре конечности, но в основном поражаются ноги);гемиплегия (паралич распространяется на однуполовину тела);дискинетический церебральный паралич (хореоатетоз, атетоз);атаксический церебральный паралич; атониямышц.

**Последствия ДЦП:** характерными особенностями церебрального паралича являются нарушения двигательнойактивности. Особенно подвергается поражению мышечная сфера - происходит нарушение координации движений, повышаетсятонус мышц, не развиваются двигательные возможности ребенка.В зависимости от степени и расположения участков поражениямозга, могут иметь место одна илинесколько форм мышечной патологии - напряженность мышц илиспастичность; непроизвольныедвижения; нарушение походки идругих движений ног и рук, снижение степени мобильности.

Также могут встречаться нарушения зрения, слуха, различных сторон восприятия, ориентировки в пространстве; ухудшениеречи; эпилепсия; задержка психического развития. Есть и иныепроблемы: трудности при приемепищи, ослабление контроля мочеиспускания и работы кишечника,проблемы с дыханием из-за нарушения положения тела, пролежнии трудности с обучением.

**Рекомендации по межличностному взаимодействию с людьми,**

**имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата**

* Кода вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или

костылями, расположись так, чтобы твои и его глаза были на одном уровне, тогда тебе будет легче разговаривать.

* Помни, что инвалидная коляска – неприкосновенное пространство человека. Не облокачивайся на нее, не толкай, не клади на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без разрешения – то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.
* Всегда спрашивай, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее.
* Если твое предложение о помощи принято, спроси, что нужно делать, и четко следуй инструкциям.
* Если тебе разрешили передвигать коляску, сначала кати ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.
* Всегда лично убеждайся в доступности мест, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйся, какие могут возникнуть проблемы или

барьеры, и как их можно устранить.

* Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.
* Если существуют архитектурные барьеры, предупреди о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения.
* Помни, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.
* Не думай, что необходимость пользоваться инвалидной коляской – это трагедия. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т. п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

**Рекомендации по межличностному взаимодействию**

**с людьми с гиперкинезами (спастикой)**

* Гиперкинезы – непроизвольные движения тела или конечностей, которые обычно свойственны людям с детским церебральным параличом (ДЦП). Не-

произвольные движения могут возникать также у людей с повреждением спинного мозга.

* Если ты видишь человека с гиперкинезами, не следует явно обращать внимание на него.
* При разговоре не отвлекайся на непроизвольные движения собеседника,

потому что невольно можешь пропустить что-то важное, и тогда вы оба окажитесь в неловком положении.

* Предлагай помощь ненавязчиво, не привлекая всеобщего внимания.
* Перед тем, как сесть за стол с человеком с гиперкинезами, поинтересуйся, какая сервировка ему удобна. Ему может понадобиться соломинка, глубокая или, наоборот, мелкая тарелка, низкая или высокая чашка и так далее.
* Уступая место, не настаивай, если человек отказался.
* Если ты покупаешь билеты в кино или театр для человека или людей с гиперкинезами, выбирай такие места, где они не будут мешать другим зрителям непроизвольными движениями. Если таких мест нет, нужно договориться с администрацией о дополнительных местах в проходе.
* Не бойся противоречить человеку с гиперкинезами, боясь его разволновать. Позиция «только не волнуйся», «ладно», приведет к потере времени и нервов. Спокойно излагай свои аргументы, даже если видишь, что собеседник нервничает.
* При гиперкинезах встречаются также затруднения в речи. В данном случае советуем прислушаться к рекомендациям, изложенным в разделе «люди с нарушениями речи».

**V. Задержка психического развития (ЗПР)** является сложным нарушением при котором страдают различные компоненты психической деятельности. ЗПР относится к “пограничной” форме нарушения развития ребенка. При ЗПР имеет место неравномерность формирования различных психических функций, типичным является сочетание, как повреждения, так и недоразвития отдельных психических функций с сохранными. При этом глубина повреждений и/или степень незрелости может быть также различной. Частичное (парциальное) нарушение высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка.

**Причинами задержки психического развития** могут быть биологические или социальные факторы.

**Биологические:**

- патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;

- недоношенность;

- асфиксия и травмы при родах;

- заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребенка;

- генетическая обусловленность.

**Социальные:**

- длительное ограничение жизнедеятельности ребенка;

- неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребенка.

Отмечаются также различные варианты сочетания нескольких факторов различного происхождения.

**Классификация ЗПР:** в специальной литературепредставлено несколько классификаций задержки психическогоразвития. В последнее время выделяют четыре основных типа ЗПР:

- задержка психического развития конституционного генеза (наследственно обусловленный психический и психофизический инфантилизм);

- задержка психического развития соматогенного генеза обусловлена инфекционными, соматическими заболеваниями ребенка или хроническими

заболеваниями матери;

- задержка психического развития психогенного генеза обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, частыми психотравмирующими ситуациями в жизни ребенка;

- задержка психического развития церебрально-органического генеза, при этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциального нарушения ряда психических функций.

**Особенности проявления ЗПР:** дети с задержкой психического развития являются наиболеесложными в диагностическом отношении, особенно на ранних этапах развития.У детей с ЗПР в соматическомсостоянии наблюдаются частыепризнаки задержки физическогоразвития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечногои сосудистого тонуса, задержка роста), запаздывает формированиеходьбы, речи, навыков опрятности,этапов игровой деятельности.У этих детей отмечаются особенности эмоционально-волевойсферы (её незрелость) и стойкиенарушения в познавательной деятельности.Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей с ЗПР отсутствует типичнаядля здорового ребенка живость и яркость эмоций, характерныслабая воля и слабая заинтересованность в оценке их деятельности. Игра отличается бедностью воображения и творчества,монотонностью, однообразием.

У этих детей низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости.В познавательной деятельности наблюдаются: слабая память,

неустойчивость внимания, медлительность психических процессов и их пониженная переключаемость. Для ребенка с ЗПР необходим более длительный период для приёма и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений.

Для детей с ЗПР характерны ограниченный (гораздо беднее, чем у нормально развивающихся детей того же возраста) запас общих сведений об окружающем, недостаточно сформированные пространственные и временные представления, бедный словарный запас, несформированность навыков интеллектуальной деятельности. Незрелость функционального состояния центральной нервной системы служит одной из причин того, что дети с ЗПР не готовы к школьному обучению к 7 годам. У них к этому времени, как правило, не сформированы основные мыслительные операции, они не умеют ориентироваться в заданиях, не планируют свою деятельность.

Такой ребенок с трудом овладевает навыками чтения и письма, часто смешивает буквы, сходные по начертанию, испытывает трудности при самостоятельном написании текста. В условиях массовой школы дети с ЗПР, естественно, попадают в категорию стабильно неуспевающих учеников, что ещё больше травмирует их психику и вызывает негативное отношение к обучению. Это в ряде случаев приводит к конфликту между школой и семьёй ребенка.

**Рекомендации по межличностному взаимодействию**

**с людьми с задержкой психического развития:**

* Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.
* Ровный, выдержанный тон в разговорах с детьми.
* Говорить отчетливо, неторопливо, по возможности не повышая голоса, когда требуется остановить слишком расходившегося ребенка, предотвратить возникающее столкновение.
* Необходимо помнить, что злоупотребление повышением голоса нервирует детей, возбуждает возбудимых.
* Помните, что у детей с ЗПР часто встречается очень значительная подражательность и что своим общим поведением педагог показывает эталон поведения и общения.
* Всегда и во всем умейте до конца доводить начатую с детьми работу, проявляйте настойчивость.
* Не говорите при детях об отрицательных или положительных чертах их самих или других детей, о ваших наблюдениях, характеристиках, семейных условиях, наследственности детей и других данных, могущих быть по-своему использованных детьми.
* Соблюдайте полное беспристрастное отношение к детям.

**VI. Нарушение интеллекта (умственная отсталость)** – это стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности, вызванное органическим поражением головного мозга. При умственной отсталости ведущим симптомом является поражение коры головного мозга. Но не исключаются отдельные (локальные) поражения, что приводит к разнообразию нарушений в развитии психических, особенно высших познавательных процессов (восприятие, память, словесно-логическое мышление, речь) и в их эмоциональной сфере (повышенная возбудимость или инертность, вялость).

Нередко у умственно отсталых детей наблюдаются нарушения в физическом развитии (деформация формы черепа и размеров конечностей, нарушения общей, мелкой моторики). Педагогическим критерием для диагностики детей с умственной отсталостью является их низкая обучаемость.

**Причины нарушения интеллекта:** недоразвитие интеллектуальных функций может возникнуть вследствие множествасамых разнообразных явлений,влияющих на созревание мозгаребенка. Причинами нарушения интеллекта могут быть:

**- наследственные факторы**, в том числе неполноценность генеративных клеток родителей (умственная отсталость родителей, нарушения хромосомного набора, алкоголизм, наркомания);

**- патология внутриутробного развития:** различные инфекционные, гормональные заболевания матери в период беременности, интоксикации, травмы;

**- патологические факторы, действующие во время родов и в раннем возрасте ребенка:** родовая травма и асфиксия;нейроинфекции и различные соматическиезаболевания ребенка(особенно первых месяцев жизни, сопровождающиеся обезвоживанием и дистрофией, чтонаиболее патогенно длямозга ребенка);травмы мозга.

**Классификация интеллектуальных нарушений:** в настоящее время в практической работе психиатры используют международную классификацию (МКБ-10) по степени глубиныинтеллектуального дефекта.

**Умственная отсталость подразделяется на формы:**

- легкую умственную отсталость (IQ в пределах 50-69),

- умеренную умственную отсталость (IQ в пределах 35-49),

- тяжелую умственную отсталость (IQ в пределах 20-34),

- глубокую умственную отсталость глубокую (IQ ниже 20).

**Особенности проявления интеллектуальных нарушений:** при нарушениях интеллекта ведущими неблагоприятнымифакторами являются слабая любознательность и замедленнаяобучаемость ребенка, то естьего плохая восприимчивостьнового.Эти первичные нарушенияоказывают влияние на развитиеэтих детей с первых дней жизни.У многих из них сроки развитиязадерживаются не только в течение всего первого, но и второгогода жизни.

Наблюдается отсутствие или позднее проявлениеинтереса к окружающему и реакций на внешние раздражители,преобладание вялости и сонливости, что не исключает крикливости, беспокойства и т. п.

У умственно отсталых детей не возникает со временем:

- эмоциональное общение со взрослыми, “комплекс оживления” отсутствует

или неполноценен;

- интерес к игрушкам, подвешенным над кроваткой или находящимся в руках

взрослого;

- новая форма общения – жестовое общение, возникающее на основе совместных действий со взрослыми;

- умение различать своих и чужих людей.

**Олигофрения** – наследственное, врожденное или рано приобретенное слабоумие, выражающееся в недоразвитии интеллекта и психики в целом . степень умственной недостаточности оценивается количественно с помощью интеллектуального коэффициента по стандартным психологическим тестам. Олигофрения нередко сопровождается пороками физического развития. Признаками, объединяющими всю группу олигофрении, являются наличие умственного недоразвития и отсутствие прогрессирования болезни.

**По этиологическим факторам выделяют группы олигофрении:**

**Первая группа** – олигофрении эндогенной природы (в связи с неполноценностью генеративных клеток родителей), наследственно обусловленные (болезнь Дауна, истинная микроцефалия и др.)

**Вторая группа** - олигофрении, возникшие в результате внутриутробного действия на зародыш и плод различных вредностей (вирусные заболевания и интоксикации, в том числе алкоголизм матери, токсоплазмоз), уродства головного мозга, чаще возникающие в ранние периоды эмбриогенеза и т. д.

**Третья группа** - олигофрении, вызванные асфиксией и родовой травмой, ранними черепно-мозговыми травмами и нейроинфекциями.

**Степени тяжести олигофрении:**

**Идиотия** – наиболее глубокая степень олигофрении, характеризующаяся почти полным отсутствием речи и мышления. При идиотии недоступна осмысленная деятельность. Эмоциональная жизнь исчерпывается примитивными реакциями удовольствия и неудовольствия. У одних преобладают злобно-гневливые вспышки, у других - вялость и безразличие ко всему окружающему. Идиоты произносят лишь отдельные звуки и слова, часто не понимают речи окружающих, не отличают родственников от посторонних. Они не владеют элементарными навыками самообслуживания, не могут самостоятельно есть, иногда даже не пережевывают пищу, неопрятны. Прогресс в интеллектуальном отношении невозможен и такие больные нуждаются в постоянном уходе и надзоре, которые чаще возможны лишь в условиях специального медицинского учреждения; при необходимости проводится симптоматическое лечение.

**Имбецильность** – средняя по тяжести степень олигофрении. Имбецилы понимают речь окружающих, сами могут произносить короткие фразы (словарный запас 150–300 слов). Некоторые имбецилы способны производить элементарные счетные операции, усваивать простейшие трудовые навыки и навыки самообслуживания. Эмоции имбецилов более дифференцированы, они привязаны к родным, адекватно реагируют на похвалу или порицание. Мышление имбецилов примитивно, они лишены инициативы, инертны, внушаемы, легко теряются при изменении обстановки. Эмоциональная жизнь у них сравнительно более богатая: они испытывают привязанности, развито чувство стыда и злопамятность, реагируют на похвалу и порицание. Квалифицированный надзор за такими больными и их

обучение лучше осуществляются во вспомогательных школах, в лечебно-трудовых мастерских или в специальных медицинских учреждениях.

**Дебильность** – самая легкая степень слабоумия. Довольно трудна для диагностики, и говорить о более или менее точном диагнозе целесообразно лишь с 10-летнего возраста. Нарушения познавательной деятельности выражаются в неспособности вырабатывать сложные понятия и вследствие этого невозможности сложных обобщений, абстрактного мышления. Обычно после лет дети в достаточной степени овладевают речью, большинство из них достигают полной независимости в уходе за собой. Замедление темпа психического развития может мало беспокоить родителей и даже не привлекать внимания воспитателей детских дошкольных учреждений. Явный

умственный дефект становится заметен с начала школьного обучения: материал всегда дается с большим трудом (особенно математика), что часто приводит к необходимости в переводе в специальные учебные заведения для умственно отсталых. Они умеют читать и писать, овладевают простым счетом.

**Рекомендации по межличностному взаимодействию**

**с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями):**

* Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами (нарушением интеллекта) могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.
* Не надо думать, что люди с нарушением интеллекта обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении.
* Обращайся с людьми с нарушением интеллекта (психическими нарушениями) как с личностями. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.
* Не следует думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию. Это миф. Если ты дружелюбен, они будут чувствовать себя спокойно.
* Неверно, что люди с психическими нарушениями всегда принимают или

должны принимать лекарства.

* Неверно, что люди с психическими нарушениями не могут подписывать документы или давать согласие на лечение. Они, как правило, признаются дееспособными.
* Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.
* Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют определенных навыков и способностей.
* Не думай, что люди с психическими нарушениями не знают, что для них хорошо, а что – плохо.
* Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спроси его

спокойно, что ты можешь сделать, чтобы помочь ему.

* Не думай, что человек с психическими нарушениями не может справиться с волнением.
* Не говори резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже

если у вас есть для этого основания.