

# Особенности сопровождения детей с ОВЗ различных категорий





## Вопросы типологии

Дети с ОВЗ – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития. Единой общепринятой классификации детей с ОВЗ не существует.

**В России существует восемь основных видов адаптированных программ для детей с различными нарушениями развития:**

**I – для глухих детей;**

**II – для слабослышащих и позднооглохших детей;**

**III – для незрячих детей;**

**IV – для слабовидящих детей;**

**V – для детей с тяжелыми нарушениями речи;**

**VI – для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;**

**VII – для детей с трудностями в обучении и задержкой психического развития;**

**VIII – для детей с расстройствами аутистического спектра;**

**программы для детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)**

По классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым, выделяют следующие категории:

- дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- дети с нарушением речи (логопаты);
- дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- дети с умственной отсталостью;
- дети с задержкой психического развития;
- дети с нарушением поведения и общения;
- дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

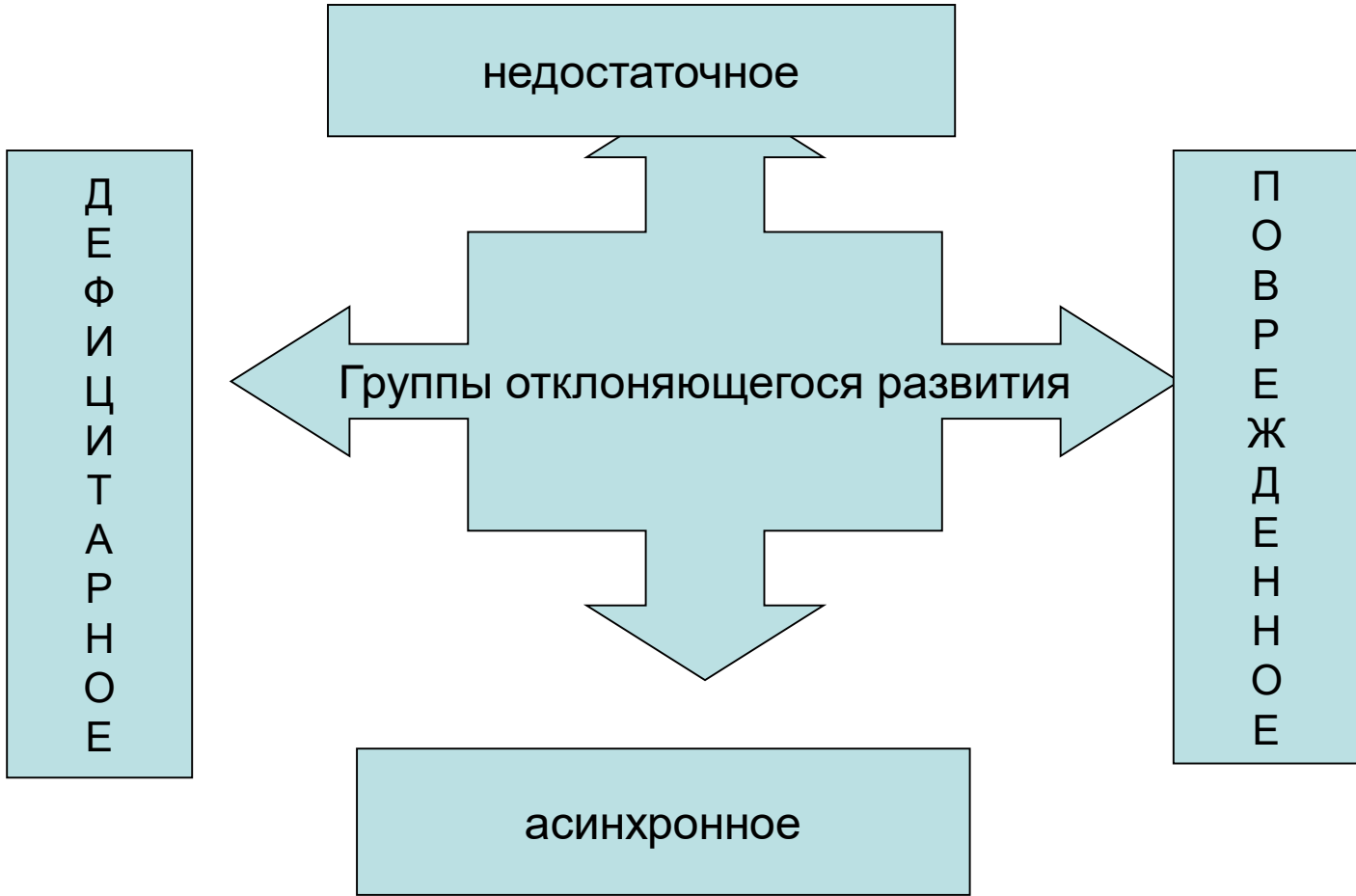




Типология, разработанная М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, базируется на предшествующих разработках типологий Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер, К.С. Лебединской и В.В. Лебединского, Д.Н. Исаева.

Выделяются три основные группы отклоняющегося развития:

- недостаточное,
- асинхронное
- поврежденное развитие
- к этим категориям добавляется дефицитарное развитие (как исторически сложившийся тип развития)



# Дефицитарное развитие

- **Раннедефицитарное развитие**

(возникшая в раннем возрасте (или пренатально) недостаточность отдельных анализаторных систем (или их сочетание), т.е у ребенка с самого раннего возраста наблюдается дефицит информации.)

- **Позднедефицитарное развитие**

(случаи позднего повреждения различных анализаторных систем традиционно рассматривается в рамках дефицитарного развития, хотя строго по всем критериям должны быть отнесены к категории поврежденного развития.)

# Подгруппы недостаточного развития



# Недостаточное развитие. Тотальное недоразвитие. Простой уравновешенный тип

- Характерна относительная уравновешенность в поведении, сочетающаяся с непосредственностью реакции, присущей детям значительно более младшего возраста, или, наоборот, сниженность, «приглушенность» ориентировочного реагирования.
- Адекватность поведения недостаточна.
- Критичность к результатам своей деятельности грубо снижена.
- Обучаемость снижена.



**Недостаточное развитие.  
Задержанное развитие.  
Четыре варианта задержанного  
развития**

- ЗПР конституционального происхождения.
- ЗПР соматогенного происхождения.
- ЗПР психогенного происхождения.
- ЗПР церебрально-органического происхождения.

# **Недостаточное развитие. Парциальная несформированность компонентов психической деятельности. Парциальная несформированность преимущественно смешанного типа**

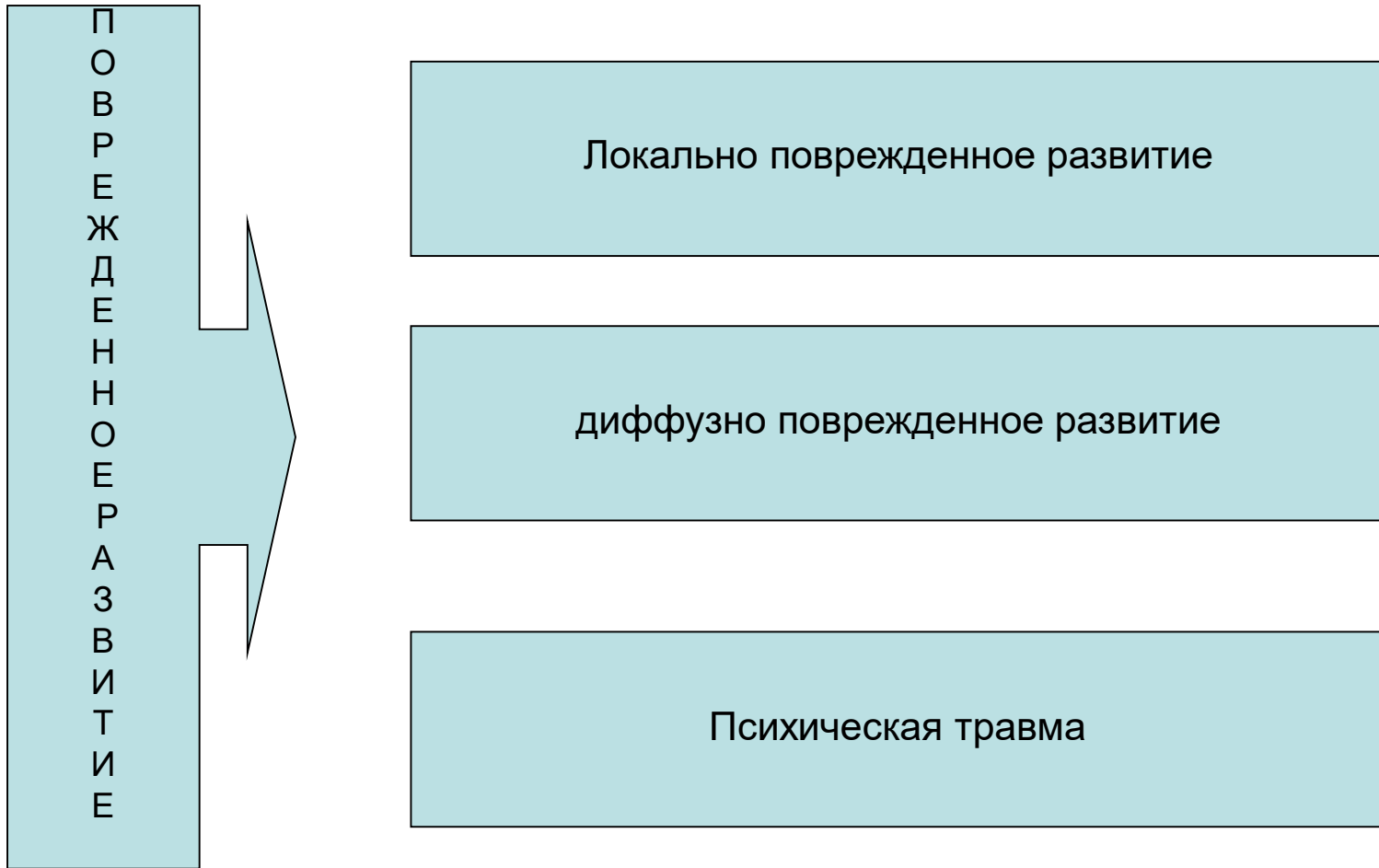
Недостаточность как регуляторного, так и когнитивного компонентов деятельности.

Иногда даже нормативные в начале работы адекватность и критичность на фоне истощения снижаются, вплоть до выраженной неадекватности и некритичности.

Обучаемость замедлена, дети лучше реагируют на показ, чем на речевое объяснение.

Пространственные представления сформированы недостаточно (часто начиная от уровня «схемы тела»).

# Подгруппы поврежденного развития



# Поврежденное развитие. Локально поврежденное развитие

Нарушения в зависимости от локализации повреждения:

- Опухоли;
- локальные кровоизлияния;
- кисты;
- очаги эпилептической активности.

Ведущий специалист – медицинского профиля (невролог, психиатр, врач восстановительного лечения; необходим и педагог-дефектолог).

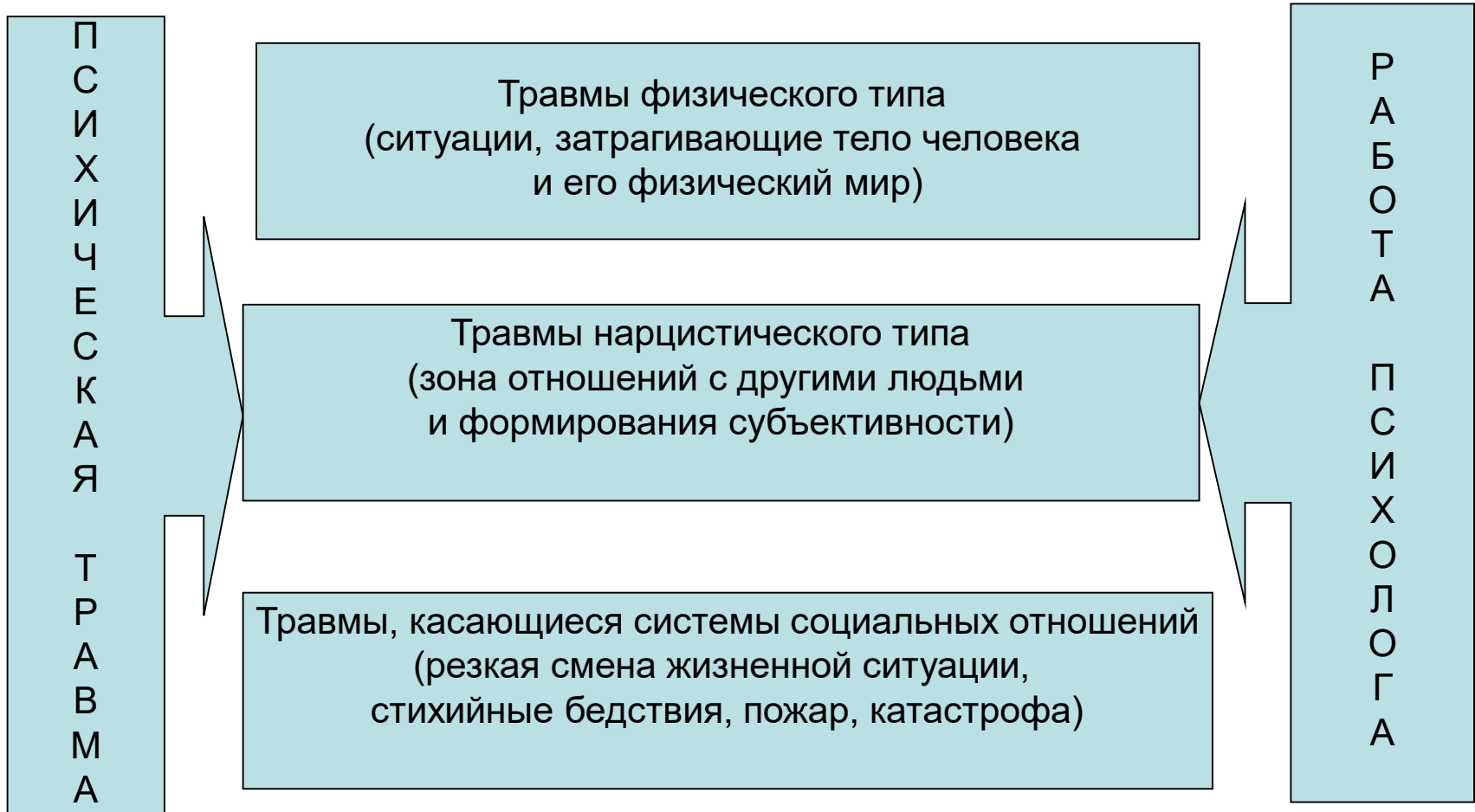
# Поврежденное развитие. Диффузно поврежденное развитие

- Менингит.
- Энцефалит.
- Мозговые инфекции.
- Выраженный эписиндром, возникший после 3-3,5 лет.
- Обширные кровоизлияния.

Ведущие специалисты: медицинский работник (профильный специалист), педагог-дефектолог.

Проявляется не только в трудностях регуляции собственной психической активности как на познавательном, так и на аффективном уровнях, но и в трудностях программирования и контроля деятельности в целом.

# Поврежденное развитие. Психическая травма



# Асинхронное развитие. Искаженное развитие





**Основным критерием для выделения групп является сформированность уровневой структуры базовых составляющих развития:**

- произвольной регуляции;
- пространственно-временных репрезентаций (пространственных представлений);
- базовой аффективной регуляции и регуляторной, когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер.

*Дополнительными критериями являются такие три неспецифических показателя, как обучаемость, критичность и адекватность.*

Для всех категорий отклоняющегося развития важным показателем, который также можно рассматривать как дифференциально-диагностический критерий, является характер и особенности раннего (от рождения до 3 лет) развития.





## Особенности сопровождения детей с ОВЗ

- Вследствие неоднородности детей с ОВЗ степень сопровождения и задачи сопровождения таких детей в образовательном учреждении также будут различными.
- Однако есть целый ряд общих закономерностей, которые проявляются у большинства детей с ОВЗ



## Общие закономерности:

- Дети с ОВЗ – очень уязвимые дети, особо нуждающиеся в спокойной, доброжелательной, ритмичной обстановке
- Им требуются особые методики преподавания и адаптация учебного материала, особая организация учебного процесса в связи с учетом особенностей развития



## Особенности развития детей с ОВЗ

- специфика восприятия (позднее включение, рассеянность внимания, проблемы с запоминанием и т.п.), снижение памяти и внимания, нарушение волевой регуляции;
- нарушение работоспособности (астенические проявления, неравномерность, перепады), истощаемость психических процессов;
- недостаточность знаний и представлений об окружающем мире;
- отсутствие бытовых навыков (неумение манипулировать школьными инструментами, неопрятность и др.);
- физические особенности (дефекты зрения, слуха, невозможность долго находиться в сидячем положении, пониженный/повышенный мышечный тонус и т.п.);
- особенности поведения, эмоциональная неустойчивость, заниженная самооценка; иждивенческие установки; повышенная эмоциональная привязанность к родителям (значимому взрослому).



•

- **Для всех детей, а для учеников с ОВЗ особенно, крайне важна похвала, положительная оценка достижений и успехов, прорисовка положительной перспективы, повышение самооценки.**
- **Еще больше, чем другим учащимся, для успешной интеграции ребят с ОВЗ необходимы мотивация, прилежание, усидчивость.**
- **Обучение грамотному распределению времени является важным аспектом сопровождения.**
- Важно сформировать реальное представление самого учащегося о его дефицитах и возможных проблемах в освоении учебного материала, а главное – о путях решения этих проблем.
- Общие рекомендации к построению образовательного процесса в связи с включением детей с ОВЗ в общеобразовательные группы и классы могут сводиться к следующим:



## Сопровождение детей с нарушениями слуха

- К категории детей с нарушениями слуха относятся дети, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота).

### Если в классе есть ребенок с нарушением слуха

- Следите за наличием у него слуховых аппаратов (слабослышащий ребенок должен носить два аппарата).
- Ребенку лучше сидеть максимально близко к учителю.
- Слабослышащий должен иметь возможность видеть говорящего. Старайтесь не поворачиваться к слабослышащему спиной; делая важные сообщения, смотрите на ребенка. Важно следить за тем, чтобы плохо слышащий ребенок быстро отыскивал взглядом говорящего и быстро переводил взгляд с одного говорящего на другого.

***Учителю и тьютору необходимо контролировать то, что ребенок правильно понял сказанное. Спрашивайте, проверяйте, поощряйте вопросы!***



## Сопровождение детей с нарушениями слуха

- Тьютору, сопровождающему ребенка с нарушениями слуха, необходимо провести предварительную работу по информированию учеников об особенностях слабослышащих.
- Детям нужно объяснить, что слуховая аппаратура требует бережного отношения и что она может только ограниченно компенсировать понижение слуха.
- Ученикам с нормальным развитием можно создать условия для идентификации себя со слабослышащими.
- В классе важно принять правила поведения, прежде всего, соблюдение шумового режима, что означает создание условий для вычленения слабослышащими нужной речевой информации.
- Нормально слышащим школьникам нужно рекомендовать говорить со слабослышащими сверстниками четко, выразительно, избегая скороговорки, создавая условия для переспроса, для уточнения непонятого.



## Сопровождение детей с нарушениями слуха

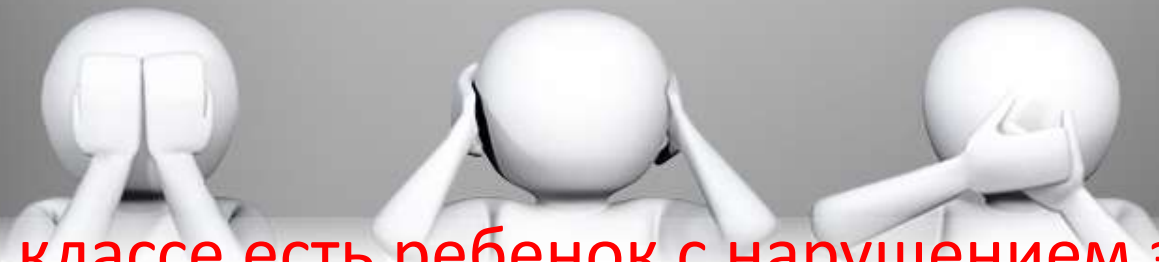
- Слабослышащему ребенку надо дать почувствовать, что ему нет необходимости делать вид, что он хорошо слышит.
- Родители также должны понимать особенности обучения и воспитания в условиях инклюзии. Их задача – способствовать социальной интеграции, социальному взаимодействию обычных детей и детей с нарушением слуха, и поэтому сами нуждаются в просвещении.
- Создание комфортной, безопасной обстановки необходимо, так как напряжение, слуховая депривация еще больше осложняет коммуникацию. Успехи слабослышащего во многом зависят от сформированности положительной самооценки, включенности в совместную деятельность.



## Сопровождение детей с нарушениями зрения

- К слепым относятся дети с остротой зрения от 0 (0 %) до 0,04 (4 %) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. Слепые дети практически не могут использовать зрение в ориентировочной и познавательной деятельности.
- Слабовидящие дети – это дети с остротой зрения от 0,05 (5 %) до 0,4 (40 %) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.
- Дети с пониженным зрением, или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, – это дети с остротой зрения от 0,5 (50 %) до 0,8 (80 %) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.
- При отсутствии зрения возникает некоторое общее отставание в развитии слепого ребенка по сравнению с развитием зрячего, что обусловлено меньшей активностью при познании окружающего мира.
- Периоды развития слепых детей не совпадают с периодами развития зрячих.





## Если в классе есть ребенок с нарушением зрения

- Необходимо четко дозировать зрительную нагрузку. Оптимальная нагрузка на зрение у слабовидящих учеников составляет не более 15–20 минут непрерывной работы. Для учеников с глубоким нарушением зрения, в зависимости от индивидуальных особенностей, она не должна превышать 10–15 минут.
- Важно выбрать оптимально освещенное рабочее место, где ребенку максимально видно доску и учителя, например, первая парта в среднем ряду. Ребенок с глубоким снижением зрения, опирающийся в своей работе на осязание и слух, может работать за любой партой с учетом степени слышимости в этом месте. В классе должны быть обеспечены повышенная общая освещенность (не менее 1000 люкс) или местное освещение на рабочем месте не менее 400–500 люкс.
- Особое внимание следует уделять точности высказываний, описаний, инструкций, не полагаясь на жесты и мимику.
- Речь учителя должна быть выразительной и точной, ему необходимо проговаривать все, что он делает, пишет или рисует.
- Называйте каждого говорящего по имени, чтобы было понятно, кто говорит.



## Если в классе есть ребенок с нарушением зрения

- Ребенок должен иметь возможность ориентироваться в пространстве: знать основные ориентиры комнаты, где проводятся занятия, путь к своему месту. В связи с этим не следует менять обстановку и место ребенка, особенно на первых порах, пока он не выработает автоматизма движения в знакомом помещении.
- Ребенку важно научиться спрашивать и принимать помощь от сверстников. Очень важно, чтобы в этой ситуации ребенок сохранял чувство собственного достоинства и стремился сам оказывать помощь в ситуации, соответствующей его возможностям



# Нарушения опорно-двигательного аппарата, детский церебральный паралич (ДЦП)

- Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер.
- В зависимости от причины и времени возникновения и от действия вредных факторов выделяют следующие виды нарушений опорно-двигательного аппарата:
- Заболевания центральной нервной системы: – ДЦП;
- миопатия, нарушения функций опорно-двигательного аппарата при торзионной дистонии и других стойких гиперкинетических синдромах врожденной и наследственной природы;
- нарушения функций опорно-двигательного аппарата после перенесенного полиомиелита и других нейроинфекций.
- Врожденная и приобретенная патология опорно-двигательного аппарата:
  - врожденный вывих бедра;
  - кривошея;
  - косолапость и другие деформации стоп;
  - недоразвитие и дефекты конечностей;
  - аномалии развития позвоночника;
  - травмы спинного и головного мозга, конечностей;
  - полиартрит;
  - заболевания скелета (остеомиелит, опухоли костей и т.д.);
  - системные заболевания скелета (рахит, хондродистрофия).



## Особенности развития

- Двигательные расстройства характеризуются нарушениями координации, темпа движений, ограничением их объема и силы, что приводит к невозможности или частичному нарушению осуществления движений скелетно-мышечной системой во времени и пространстве.
- Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – это дети с ДЦП.
- ДЦП объединяет целую группу состояний, при которых нарушаются движения и способность контролировать положение тела в пространстве. Ребенок с церебральным параличом не может управлять своими движениями так, как другие дети.
- Развитие движений тесно связано с развитием других навыков, поэтому ребенку с ДЦП будет трудно не только учиться двигаться, но и развиваться в других важных областях: игре, общении, самообслуживании.



## Если в классе есть ребенок с ДЦП

- При повышенном или сниженном мышечном тоне ребенку важно подобрать правильную мебель.
- Учащийся с двигательными нарушениями должен иметь возможность передвигаться по школе, классу, другим помещениям тем способом, которым он может; говорить и писать так, как позволяют его моторные возможности.
- Часто ребенку важно находиться в стабильной позе, при которой влияние тонических рефлексов было бы минимальным.
- Наличие у детей выраженных проблем двигательного характера делает необходимым использование действий по подражанию, пассивно-активных и совместных действий, продумывание специального содержания деятельности детей.



## Сопровождение детей с интеллектуальными нарушениями

- Снижение интеллекта – одно из самых распространенных нарушений. Здесь могут использоваться такие понятия, как **нарушение или задержка психического или интеллектуального развития, умственная отсталость**
- В клинической психиатрии принято выделять две основные формы интеллектуальных нарушений: умственную отсталость (олигофрению) как разновидность дизонтогенеза (В.В. Ковалев) и деменцию.
- При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Деменция представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных функций.
- В отечественной литературе распространены термины «задержка темпа психического развития» и **«задержка психического развития» (ЗПР)**, предложенные Г.Е. Сухаревой. Состояния, относимые к ЗПР, являются составной частью более широкого понятия – «пограничная интеллектуальная недостаточность». Они характеризуются прежде всего замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям отличающимися от олигофрении, и имеют тенденцию к компенсации и обратному развитию.



## Задержка психического развития (ЗПР)

- это психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. Задержка психического развития рассматривается как вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся как случаи замедленного психического развития («задержка темпа психического развития»), так и относительно стойкие состояния незрелости эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной недостаточности, не достигающей умственной отсталости. ЗПР часто осложняется различными негрубыми, но нередко стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебрастеническими, невротическими, неврозоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность ребенка.



## Если в классе есть ребенок с интеллектуальным нарушением

- Максимально связывайте материал урока с опытом и повседневной жизнью ребенка.
- Избегайте путаницы, оставляйте доску чистой.
- Давайте дополнительную практику при выполнении заданий.
- Адаптируйте задания так, чтобы они соответствовали уровню ребенка с ОВЗ, разбивайте задание на короткие отрезки и учебные задачи, просите других учеников помогать.
- Не замечайте нежелательных действий, если ребенок делает это с целью привлечь внимание.
- Хвалите и уделяйте внимание тогда, когда поведение соответствует желаемому.





## Сопровождение ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

- СДВГ характеризуется нарушениями со стороны внимания, двигательной расторможенностью (гиперактивностью) и импульсивностью поведения. Кроме того, для большинства детей с этим синдромом характерны недостатки координации движений, несформированность мелкой моторики (что выражается в двигательной неловкости, неуклюжести).
- Дети с СДВГ чрезвычайно подвижны: все время бегают, крутятся, пытаются куда-то забраться. Их избыточная моторная активность бывает бесцельной, не соответствующей требованиям конкретной обстановки. Гиперактивность проявляется также беспокойством посторонними движениями во время выполнения заданий, требующих усидчивости (ребенок ерзает на стуле, не в состоянии удерживать неподвижными руки и ноги). Такие дети нарушают дисциплину, быстро переходят в разряд «неуправляемых хулиганов». Вследствие этого самооценка таких детей низкая, а тревожность повышена. На этом фоне снижается мотивация к обучению и часто возникает агрессивное поведение. У других детей этой группы усиливается регрессия, личностная инфантилизация. Такие дети отказываются от ответственности за свое поведение и обучение.



Если в классе есть ребенок с СДВГ:

- Такому ребенку необходимо позитивное, уравновешенное и последовательное отношение к нему;
- Важно давать четкие, конкретные инструкции; соблюдать четкий ритм, структуру, организацию;
- Оптимальное место в классе для ребенка с СДВГ - место у стены и недалеко от стола учителя;
- Чаще давайте такому ребенку дополнительные задания, допускающие возможность движения (собрать тетради, раздать материалы, листы бумаги и т.д.)



## **Сопровождение ребенка с синдромом раннего детского аутизма (РДА) и расстройствами аутистического спектра (РАС)**

- Детский аутизм в настоящее время рассматривается как особый тип нарушения психического развития. У всех детей с аутизмом нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков
- У детей с РДА ограничены когнитивные возможности; прежде всего это трудности переключения с одного действия на другое, за которыми стоит инертность нервных процессов. Инертность может относиться к двигательной, речевой, интеллектуальной сферам. Труднее всего преодолевается инертность в мыслительной сфере, что необходимо учитывать при сопровождении ребенка в учебной деятельности.
- Как правило, процесс адаптации ребенка с РДА является длительным и нестабильным. Наблюдения показывают, что для ребенка с РДА важна продолжительность контактов. Это относится, прежде всего, к основному педагогу и тьютору, которые проводят с этими детьми максимально длительное время.



## Если в классе есть ребенок с аутизмом

- Необходимо создать ребенку тихое, уединенное место, где бы он мог побыть один.
- Ребенок должен иметь возможность выйти из класса, он может иметь при себе привычный любимый предмет, игрушку, при этом надо стараться, чтобы это не отвлекало других учеников.
- Такому ученику предпочтительнее сидеть на последней парте, где он будет постепенно привыкать к обстановке.
- Важно предоставить ребенку возможность самостоятельно обследовать помещение класса, комнаты для занятий.



## Если в классе есть ребенок с аутизмом

- Нужно дозировать контакты с ребенком, т.к. может наступить пресыщение – тогда даже приятная ситуация становится для ребенка дискомфортной и может разрушить уже достигнутое.
- Общение с ребенком должно осуществляться негромким голосом, в некоторых случаях, особенно если ребенок возбужден, даже шепотом.
- Необходимо избегать прямого взгляда на ребенка, резких движений.
- Не следует обращаться к ребенку с прямыми вопросами или настаивать на продолжительности выполнения задания в случае отказа.
- Одежда специалиста должна быть темных тонов и в ней должно быть постоянство – это поможет ребенку привыкнуть к нему.
- Ребенку с аутизмом необходима постоянная поддержка взрослого, его ободрение, чтобы перейти к более активным и сложным отношениям с миром.

В процессе работы в поведении аутичного ребенка выявляются стимулы, на которые необходимо опираться в ходе коррекционной работы.