

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
государственное автономное профессиональное образовательное учреждение
Самарской области
«Самарский государственный колледж»

Пособие для педагогов работающими со студентами - инвалидами и лицами с
ОВЗ. Краткая характеристика заболеваний и соответствующие
рекомендации.

Самара, 2019

Задержка психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) – темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у студентов, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью.

Задержка психического развития (ЗПР) представляет собой обратимые нарушения интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы, сопровождающиеся специфическими трудностями в обучении. Число лиц с задержкой психического развития достигает 15-16% в детской популяции. ЗПР является в большей степени психолого-педагогической категорией, однако в ее основе могут лежать органические нарушения, поэтому данное состояние также рассматривается медицинскими дисциплинами – прежде всего, педиатрией и детской неврологией. Поскольку развитие различных психических функций у детей происходит неравномерно, обычно заключение «задержка психического развития» устанавливается детям-дошкольникам не ранее 4-5 лет, а на практике - чаще в процессе школьного обучения.

Характеристика обучающихся с задержкой психического развития (ЗПР)

-Нарушения интеллекта у обучающихся с задержкой психического развития носят легкий характер, однако затрагивают все интеллектуальные процессы: восприятие, внимание, память, мышление, речь.

-Восприятие у обучающихся с ЗПР фрагментарно, замедленно, неточно. Отдельные анализаторы работают полноценно, однако обучающийся испытывает трудности при формировании целостных образов окружающего мира. Лучше развито зрительное восприятие, хуже – слуховое, поэтому объяснение учебного материала обучающимся с задержкой психического развития должно сочетаться с наглядной опорой.

-Внимание у обучающихся с задержкой психического развития неустойчиво, кратковременно, поверхностно. Любые посторонние стимулы отвлекают обучающегося и переключают внимание.

-Ситуации, связанные с концентрацией, сосредоточенностью на чем-либо, вызывают затруднения. В условиях переутомления и повышенного напряжения обнаруживаются признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания.

-Память характеризуется мозаичностью запоминания материала, слабой избирательностью, преобладанием наглядно-образной памяти над вербальной, низкой мыслительной активностью при воспроизведении информации.

-У обучающихся с задержкой психического развития более сохранно наглядно-действенное мышление; более нарушенным оказывается образное мышление ввиду неточности восприятия. Абстрактно-логическое мышление невозможно без помощи взрослого. Обучающиеся с ЗПР испытывают трудности с анализом и синтезом, сравнением, обобщением; не могут упорядочить события, построить умозаключение, сформулировать выводы.

-Специфика речи у обучающихся с задержкой психического развития отличается искажением артикуляции многих звуков, нарушением слуховой дифференциации, резким ограничением словарного запаса, трудностью произвольного контроля за грамматическим оформлением речи, затруднениями построения связного высказывания, речевой инактивностью. Наиболее часто ЗПР сочетается с задержкой речевого развития, полиморфной дислалией, нарушениями письменной речи (дисграфией и дислексией).

-Личностная сфера у обучающихся с задержкой психического развития характеризуется эмоциональной лабильностью, легкой сменой настроения, внушаемостью, безынициативностью, безволием, незрелостью личности в целом. Могут отмечаться аффективные реакции, агрессивность, конфликтность, повышенная тревожность. Обучающиеся с задержкой психического развития часто замкнуты, предпочитают играть в одиночку, не стремятся контактировать со сверстниками. Особенности моторики включают двигательную неловкость, недостаточную координацию, часто – гиперкинезы и тики.

Рекомендации:

-В отношениях между педагогом и обучающимся должно быть полное доверие и взаимопонимание. Контроль нужно осуществлять ненавязчиво, без лишних крайностей и категорических форм.

-Все устные указания подкрепляются зрительной стимуляцией. Следует помнить, что отклонения в поведении неумышленные, поэтому надо стараться избегать наказания.

-В группе должен быть создан нормальный психологический микроклимат. Обучающийся не должен чувствовать себя обделенным вниманием.

-При выполнении заданий нужно следить, чтобы обучающийся отвлекался как можно меньше и не переутомлялся. Чрезмерное переутомление снижает самоконтроль и увеличивает гиперактивность.

-Создавать проблемные учебные ситуации, стимулировать активность ребенка на занятии.

-Предварительно организовывать ориентировки в заданиях, анализировать с ребенком используемые способы деятельности.

-Речь преподавателя должна служить образцом для обучающихся с речевыми нарушениями: быть четкой, предельно внятной, хорошо интонированной, выразительной, без нарушения звукопроизношения. Избегайте сложных грамматических конструкций.

-Создавайте максимально спокойную обстановку на занятии, поддерживайте атмосферу доброжелательности.

-Темп подачи материала должен быть спокойным, ровным, медленным, с многократным повтором основных моментов.

-Давайте посильные поручения, вырабатывайте самостоятельность, ответственность, критичность к своим действиям.

-Предоставляйте обучающемуся выбор, формируйте умение принимать решения, брать на себя ответственность.

Нарушение слуха

Нарушение слуха — полное (глухота) или частичное (тугоухость) снижение способности обнаруживать и понимать звуки. Нарушением слуха может страдать любой организм, способный воспринимать звук. Звуковые волны различаются по частоте и амплитуде. Потеря способности обнаруживать некоторые (или все) частоты или неспособность различать звуки с низкой амплитудой, называется нарушением слуха.

У человека нарушение слуха, делающее невозможным восприятие речи, называется глухотой, а более лёгкие степени нарушения слуха, затрудняющие восприятие речи - тугоухостью. Кроме того, глухота бывает врождённая или приобретённая.

Термин «нарушение слуха» обычно употребляется к тем, кто частично или полностью потерял способность различать звуки на частотах человеческой речи. Степень нарушения определяется по тому, насколько громче по сравнению с нормальным уровнем должен стать звук, чтобы слушатель начал его различать. В случаях глубокой глухоты слушатель не может различить даже самые громкие звуки, издаваемые аудиометром.

Ещё одним параметром, по которому может развиваться нарушение слуха, является качество звука. У людей такие нарушения обычно выявляются тестами на распознавание речи (то есть речь должна быть не только услышана, но и понята). Нарушение распознавания звуков отдельно от общего ослабления слуха встречается крайне редко.

Рекомендация:

-Во время устных объяснений не поворачивайтесь спиной к студенту, он должен видеть лицо педагога.

-Помогите студенту освоиться в коллективе слышащих студентов, постарайтесь подружить его со сверстниками.

-Избегайте гиперопеки (не помогайте там, где неслышащий студент может и должен справиться сам).

-Требуйте от студента, что бы он всегда смотрел на говорящего (на педагога или на отвечающего, не зависимо от того у доски тот отвечает или с места).

-Старайтесь следить за тем, что бы студент быстро искал говорящего и переводил взгляд с одного говорящего на другого.

-Контролируйте в разных формах обучающегося со сниженным слухом («повтори, что я сказала»; «Что сказал Саша»).

-Если, выполняя новую работу, неслышащий студент не понял, что нужно делать, дайте ему самостоятельно разобраться в задании, наблюдая за тем, как выполняют эту работу другие студенты.

-Не допускайте непонимания материала. Оставленная без внимания даже небольшая часть, ведет к непониманию последующего материала.

-Использование наглядных методов - для развития наблюдательности, повышения внимания к изучаемым вопросам.

-Больше практических методов - для развития практических умений и навыков.

-Активизация поисковых методов - для развития самостоятельности мышления, исследовательских умений, творческого подхода к делу.

Детский церебральный паралич

Детский церебральный паралич — термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном (околородовом) периоде. Отмечается ложное прогрессирование по мере роста ребёнка. Примерно у 30-50 % людей с ДЦП наблюдается нарушение интеллекта. Затруднения в мышлении и умственной деятельности более распространены среди пациентов со спастической квадриплегией чем среди страдающих от других видов церебрального паралича. Повреждение мозга может повлиять также на освоение родного языка и речи.

Формы и распространенность ДЦП:

-Спастическая тетраплегия (2%) (квадрипарез) - псевдобульбарный синдром, нарушения зрения, когнитивные и речевые нарушения. У 50 % детей наблюдаются эпилептические приступы. Для данной формы характерно раннее формирование контрактур, деформаций туловища и конечностей. Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха, псевдобульбарными расстройствами. Довольно часто у студентов отмечают микроцефалию, которая, разумеется, носит вторичный характер. Тяжёлый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

-Спастическая диплегия (40%) - Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Наиболее распространённые проявления — задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдобульбарного синдрома, дизартрия и т. п. Часто встречается патология черепных нервов: сходящееся косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи в виде задержки её развития, умеренное снижение интеллекта, в том числе вызванное влиянием на ребёнка окружающей среды (оскорбления, сегрегация). Прогноз двигательных возможностей менее благоприятен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее благоприятна в отношении возможностей социальной адаптации. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых при нормальном умственном развитии и хорошем функционировании рук.

-Гемиплегическая форма (32%) - Характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Дети с гемипарезами овладевают возрастными навыками позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью

двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребёнка. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (походка по типу Вернике-Манна, но без циркумдукции ноги), задержкой психического и речевого развития. Иногда проявляется монопарезом. При этой форме нередко случаются фокальные эпилептические приступы.

-Дискинетическая форма (10%) - При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. В клинической картине характерно наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсионная дистония (у детей на первых месяцах жизни — дистонические атаки), дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется произвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы. Речевые нарушения наблюдаются чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект развивается в основном удовлетворительно. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определённой трудовой деятельности. Выделяются атетоидный и дистонический (с развитием хореи, торсионных спазмов) варианты данной формы ДЦП.

-Атаксическая форма (15%) - Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексамии. Нередки речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути и, вероятно, лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врождённой аномалии развития. Клинически характеризуется классическим симптомокомплексом (мышечная гипотония, атаксия) и различными симптомами мозжечковой асинергии (дисметрия, интенционный тремор, дизартрия). При этой форме ДЦП может быть задержка развития интеллекта в редких случаях. Более половины случаев диагностированной данной формы являются нераспознанные ранние наследственные атаксии.

-Смешанные формы - Несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга (пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой), вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного. Часто сочетание спастической и дискинетической (при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы) форм, отмечается и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии (при асимметричных кистозных очагах в белом

веществе головного мозга, как последствие перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных).

Рекомендация:

-фиксация в специальном стуле, удерживающем вертикальное положение ребенка сидя или стоя;

-применение утяжелителей для обучающихся с размахистыми гиперкинезами (насильственными движениями), осложняющими захват предмета (ручки, книги или др.) или другую учебную деятельность (например, чтение, т.к. гиперкинезы мешают фиксации взгляда и прослеживанию строки);

-обязательный перерыв в занятии на физкультминутку;

-в каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи ручку справа от тетради; найди сегодняшнюю дату на календаре и т.д.);

-необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы студента и учитывать его во время занятий (студентам 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 или попытке его выполнить);

-для обучающихся, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ;

-четко и медленно проговаривать инструкцию или задания, которые нацелены на студента.

-часто использовать методы похвалы и поощрения.

-на занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование;

-необходима адаптация объема и характера учебного материала к познавательным возможностям учащихся, для чего необходимо систему изучения того или иного раздела программы значительно детализировать: учебный материал преподносить наибольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий;

-особое место должны занять уроки ручного труда, рисование, так как, на них значительное место занимает деятельность по наглядно-предметному образцу, что позволяет формировать обобщенные приемы умственной работы;

-в случаях, когда по своему психическому состоянию студент не в силах работать на данном уроке, материал следует объяснять на индивидуально-групповых занятиях;

-для предупреждения быстрой утомляемости или снятия ее, целесообразно переключать студентов с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий.

Слабовидящие

Слабовидящие - люди со значительным снижением зрения. Причинами данных нарушений могут быть как глазные болезни, так и общее ослабление здоровья ребенка.

У слепых и слабовидящих отмечают закономерные изменения в сфере эмоциональных внешних проявлений. Все выразительные движения (кроме вокальной мимики) при глубоких нарушениях зрения ослаблены. Даже, безусловно-рефлекторные, выразительные движения, сопровождающие состояние горя, радости, гнева и др., проявляются при глубоких нарушениях зрения в весьма ослабленном виде. Исключение составляют только оборонительные движения, сопровождающие переживание страха.

«Взгляд в сторону» у слепого и слабовидящего может быть вызван глубоким нарушением зрения. Например, человек с боковым полем зрения при рассматривании собеседника вынужден направлять взгляд в сторону, так как на собеседника в таком случае будет направлена видящая часть глаза. Но такой взгляд зрячими воспринимается как выражение сомнения и подозрения.

Рекомендация:

-преподносить обучающий материал аудиально;

-студент с нарушением зрения медленно работает. Поэтому ему необходимо давать больше времени на выполнение задания или сократить количество упражнений, особенно если Вы уверены, что он понял материал;

-стараться словесно описывать действия, предметы и ситуации, сочетать для слабовидящего студента с собственным изучением материала на ощупь;

-применять соответствующий шрифт (курсив или жирные буквы часто усложняют чтение);

-уделять особое внимание материалу для чтения;

-учитывать то, какая контрастность лучше всего подойдет слабовидящему студенту;

-студент с нарушением зрения медленно работает. Поэтому ему необходимо давать больше времени на выполнение задания или сократить количество упражнений, особенно если Вы уверены, что он понял материал;

-мотивировать слабовидящего ученика к активным движениям. Научиться двигаться и ориентироваться в пространстве очень важно для его самостоятельности;

Эпилепсия

Эпилепсия – «падучая болезнь» в переводе с греческого это слово означает «внезапно падать». Заболевание проявляет себя главным образом периодически повторяющимися большими судорожными припадками с потерей сознания или очень кратковременными (секундными) выпадениями сознания. Эпилепсия (первичная эпилепсия) – это хроническое заболевание головного мозга, при котором наблюдаются спонтанные вспышки беспорядочной активности клеток головного мозга.

Человек, страдающий эпилепсией, страдает истощаемостью (от припадков), постоянным напряжением, наблюдается снижение интеллекта и т. д. Характер отличается вялостью, эгоцентризмом, агрессивностью, жестокостью к слабым и др. В психике таких подростков отмечаются изменения, выражающиеся проявлениями эгоизма, аутизма, страхами, комплексами неполноценности. Наблюдаются также изменения в речи (растянутое произношение слов и др.), медленные мыслительные связи, деградация интеллекта и др. Внимание направлено только на себя, зачастую на вопросы он отвечает заученными стереотипными фразами.

Рекомендация:

- дозировать нагрузку на занятиях, с целью снижения утомления студента;
- не торопить в ответах на поставленные вопросы по обучению и воспитанию студента;
- визуально создавать ситуации «успеха», постоянно хвалить;
- чаще менять виды деятельности, чтобы не исчезла мотивация;
- активизировать словарный запас обучающихся, так как им присуща бедность речи;
- употреблять при общении со студентом шаблонные фразы;
- часто повторять уже сказанное;
- сократить количество просмотра обучающего материала в презентациях;
- в наглядном материале не употреблять ярких цветовых гамм.

Задержка психомоторного развития.

Задержка психомоторного развития (ЗПР) - это задержка в приобретении, координации и демонстрации моторных навыков, которые усваиваются не вследствие пребывания в культурной среде или в результате обучения, а приобретаются естественным путем со временем (ходьба, бег, прыжки, отбивание ритма руками или ногами). Проблемы психомоторного развития отличаются от диспраксии тем, что в последнем случае нарушена координация заученных движений (например, использование столовых приборов).

Таким образом, проблемы психомоторного развития связаны с интеграцией общеизвестных движений в моторику индивидуума. Например, обучающиеся, испытывающие проблемы психомоторного развития, неспособны координировать движения рук и ног, когда плавают, они хаотично бегают, с трудом могут устоять на одной ноге или спуститься по лестнице. Расстройства, влияющие на координацию движений, обычно связаны с дислексией, но в разной степени. Можно сказать, что ЗПР занимает промежуточную нишу между нормой и патологией. У детей с задержкой психического развития нет грубых отклонений в психомоторном развитии, как у детей с нарушением интеллекта, слуха, зрения или нарушениями в опорно-двигательной системе. Необходимо отметить, что у детей задержка в развитии может проявляться по-разному и отличаться по степени проявления. Однако можно выделить ряд объединяющих особенностей развития, характерных для детей с ЗПР:

- Незрелость эмоционально-волевой сферы.
- Нарушения свойств внимания.
- Нарушение восприятия.
- Отклонения в развитии памяти.
- Нередко возникают проблемы с речью.
- Отставание в развитии всех форм мышления.

Рекомендация:

-необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы студента и учитывать его во время занятий. Проводить занятие не повышая голоса, не допуская чувства страха, неуверенности и стеснения у студента. Настаивать на завершении начатого дела, стимулировать задействования внутренних ресурсов для совершения волевых усилий над собой;

- на занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование;

-необходима адаптация объёма и характера учебного материала к познавательным возможностям учащихся, для чего необходимо систему изучения того или иного раздела программы значительно детализировать: учебный материал преподносить наибольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий;

- необходимо учить студентов проверять качество своей работы, как по ходу её выполнения, так и по конечному результату; одновременно нужно развивать потребность в самоконтроле, осознанное отношение к выполняемой работе;

- для предупреждения быстрой утомляемости или снятия её, целесообразно переключать студентов с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий.

Задержка психоречевого развития

Задержка речевого развития – заключается только в речевой дисфункции, а умственное и эмоциональное развитие ребёнка в норме. Это тот случай, когда ребёнок всё понимает и выполняет просьбы, но говорит мало или очень плохо. Задержка психоречевого развития подразумевает, что у ребёнка наблюдается отставание развития и общеинтеллектуального характера. У ребенка с ЗПРР в любом возрасте может наблюдаться повышенное слюноотделение, всегда приоткрытый рот. Такие дети отличаются гиперактивностью, повышенной агрессивностью, невнимательностью, быстрой утомляемостью, слабой памятью. Ребенок очень медленно соображает, имеет неразвитое воображение и узкий набор эмоциональных проявлений, испытывает большие трудности в общении со сверстниками, поэтому сторонится их. Физически такие дети тоже слабо развиты, могут даже иметь ДЦП.

Рекомендация:

- применения методов расширения понятийного аппарата обучающегося;
- необходимо развивать зрительное внимание;
- активизировать внимание на основных моментах материала, проговорить несколько раз, убедиться, что материал был запомнен;
- в силу быстрой утомляемости, на занятии проводить разминку;
- адаптация объёма и характера учебного материала к познавательным возможностям учащихся, для чего необходимо систему изучения того или иного раздела программы значительно детализировать: учебный материал преподносить наибольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий;
- помощь в адаптации к новой среде, к одноклассникам;

