ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

РЕФЕРАТ

СОСТАВ УЧАЩИХСЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ

(КОРРЕКЦИОННЫХ) ШКОЛ 8 ВИДА

Слушатель курса"Психологическое

сопровождение детей с отклонениями

в развитии"

Ершова Юлия Владимировна

учитель труда г.Ногинск.

Научный руководитель к.псих.н

Ч.Б.Кожалиева

Москва 2009.

Содержание.

Введение 3.

Глава 1. Определение умственной отсталости 3.

1.1. Современная классификация умственной отсталости 3.

1.2. Определение умственной отсталости 5.

1.3. Степени умственной отсталости 6.

1.4. Этиология умственной отсталости 7.

Глава2.Формы умственной отсталости 9.

2.1.Неосложненные формы умственной отсталости 10.

2.2.Осложненные формы умственной отсталости 14.

2.3.Атипичные формы умственной отсталости 21.

Заключение 26.

Список литературы 27.

Введение.

Дети с отклонениями в умственном развитии с самого раннего возраста нуждаются не только в медицинской помощи, но также в специальных условиях и методах воспитания и обучения. Совершенствование обучения таких детей зависит от дифференцированного подхода к учащимся и основано на тщательном ,комплексном их изучении. Работы таких педагогов-дефектологов, как Т.А.Власова, Л.В.Занков, Н.Б.Лурье, Ж.И.Шиф

отчетливо показывают, что умственно отсталые учащиеся специальных(коррекционных) школ отличаются большим разнообразием,

определяемым особенностям дефекта.

1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

1.1. СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

Традиционно все формы умственной отсталости по глубине интеллектуального дефекта делятся на три ступени

1. Дебильность (легкая степень умственной отсталости).

2. Имбецильность (средняя степень умственной отсталости).

3. Идиотия (тяжелая и глубокая степень умственной отсталости).

Однако в последних пересмотрах МКБ ВОЗ предлагают четыре степени интеллектуальной недостаточности. Определение степени умственной отсталости при этом производится путем психометрического тестирования и подсчета интеллектуального коэффициент IQ (отношение психического возраста к паспортному).

В соответствии с МКБ-10 ВОЗ(1994) приняты следующие условные показатели IQ.

психическая норма=1-0,7;

легкая степень умственной отсталости=0,69-0,5;

умеренная(средняя)степень=0,49-0,35;

тяжелая(резко выраженная) степень=0,34-0,2;

глубокая степень=0,19 и ниже;

Классификация раздела "Умственная отсталость" представлена следующим образом:

Легкая умственная отсталость.

Умеренная умственная отсталость.

Тяжелая умственная отсталость.

Глубокая умственная отсталость.

Другая умственная отсталость.

Неуточненная умственная отсталость.

В этой классификация предусмотрены и поведенческие нарушения, которые часто бывают у умственно отсталых детей и еще более затрудняют их социальную адаптацию.

Минимальные поведенческие нарушения или отсутствие их .

Значительные поведенческие нарушения требующие внимания или лечебных мер.

Другие поведенческие нарушения.

Поведенческие нарушения не определены.

Данная классификация является более дифференцированной.

Деление дефекта по глубине поражения имеет определенное практическое значение, так как в зависимости от степени его выраженности решается вопрос о типе учреждения куда рекомендуется направить ребенка для обучения.

1.2 ОПРЕДЕЛЕНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

Под понятием "умственная отсталость" объединены многочисленные и разнообразные формы патологии, проявляющиеся в недоразвитии познавательной деятельности. Существуют сотни таких патологических состояний и заболеваний и соответственно сотни разных форм умственной отсталости. Разные формы умственной отсталости различаются по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, могут различаться по времени возникновения и по особенностям течения. Общий объединяющий всех их признак состоит в недоразвитии познавательной сферы. Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости является недоразвитие не только познавательной , но и других сторон психической деятельности т.е эмоционально-волевой сферы, речи , моторики и всей личности ребенка в целом. У большинства умственно отсталых детей степень их недоразвития соответствует степени интеллектуального дефекта.

Умственная отсталость относится к болезням развития - дизонтогениям.

Соответственно она может возникнуть только при поражении развивающегося мозга, т.е. во внутриутробном периоде, при родах, в раннем и младенческом возрасте до 3 лет.

В морфологическом и функциональном отношении ЦНС является самой высокоорганизованной и сложной из всех систем человеческого организма.

Формирование , развитие и функционирование её не ограничивается только внутриутробным периодом , но охватывает также первые 3 года после рождение ребенка.

Нарушение развития мозга могут возникнуть на самых ранних стадиях формирования организма, на стадии дифференцировки и специализации клеток и тканей из эмбриональных закладок и на стадии собственно эмбриона, на стадии плода ( во втором и третьем триместрах беременности), а также при поражении мозга при родах, в первые недели, месяцы и годы жизни.

По времени поражения ЦНС выделяют пренатальные ( врожденные), перинатальные (природовые) и постнатальные (первые годы жизни) формы умственной отсталости. Чаще всего встречаются врожденные дефекты развития познавательной сферы. Во всех случаях более всего страдает развитие молодых, поздно формирующихся структур мозга, обеспечивающих высшие психические функции, в том числе и познавательную деятельность.

Таким образом, под умственной отсталостью следует понимать общее недоразвитие психики ребенка, в котором центральное и определяющее место занимает недоразвитие познавательной деятельности и других высших психических функций. Время возникновения умственной отсталости ограничено внутриутробным, природовым периодом и первыми тремя годами постнатальной жизни. Структура дефекта характеризуется тотальностью и относительной равномерностью недоразвития разных сторон психики.

1.3. СТЕПЕНИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

По степени интеллектуального дефекта все случаи умственной отсталости делятся на три группы: идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия- наиболее глубокая степень умственной отсталости. При выраженной идиотии мышление и речь почти не развиты, дети произносят лишь нечленораздельные звуки, как правило , не понимают обращенной к ним речи. Эмоциональные проявления у них элементарны и ограничены проявлением удовольствия и неудовольствия. Любая осмысленная деятельность, в том числе самообслуживание, им недоступна. Они неопрятны, нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

Имбецильность- средняя степень слабоумия, при которой речь и мышление развиты больше, чем при идиотии: дети в состоянии составить и произнести несложные фразы, им доступны элементы порядкового счета .Такие дети не могут обучаться по программе школы умственно отсталых детей - коррекционной школы 8 вида. Вместе с тем , в результате систематического обучения они способны увеличивать запас конкретных понятий, но они всегда нуждаются в посторонней помощи и руководстве.

Дебильность - легкая степень слабоумия. В отличие от имбецильности относительно высок уровень развития речи, но словарный запас беден, речь изобилует трафаретными выражениями, чему нередко способствует хорошая память ( механическая) и способность к подражательности. При слабости абстрактного мышления отмечается способность к обобщению и использованию конкретного опыта. Дети с умственной отсталостью в степени дебильности способны к обучению по специальным программам в специальных (коррекционных) школах 8 вида для детей с отклонениями в умственном развитии, им доступно овладение несложными трудовыми навыками и в известных пределах социально-трудовое приспособление.

1.4. ЭТИОЛОГИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

Современные исследования в области этиологии умственной отсталости свидетельствуют о том ,что ведущая роль в её происхождении принадлежит генетическим факторам. 3/4 всех случаев недоразвития познавательной сферы у детей обусловлено разнообразными изменениями в генетическом аппарате - мутациями. Мутации могут быть хромосомными и генными.

При хромосомных формах умственной отсталости чаще всего наблюдается выраженное и глубокое недоразвитие познавательной сферы.

Хромосомные формы умственной отсталости представлены главными образом аномалиями половых хромосом (болезнь Дауна, синдромы Клайнфельтера, Тернера-Шерешевского, дубль-У и трипло-Х).

Генные мутации могут затрагивать один единственный ген (моногенные мутации) или группу генов слабого действия, контролирующих один и тот же признак (мутантные полигены). К этой группе относятся наследственные болезни обмена, поражающие ЦНС (фенилкетонурия, галактоземия, гистединемия и другие), ряд наследственных болезней соединительной ткани, наследственных дегенеративных заболеваний ЦНС, изолированные дефекты формирования мозга (микроцефалия, гидроцефалия) и множество разнообразных синдромов. Сегодня открыты и изучены не менее 200 моногенных форм умственной отсталости.

Экзогенные формы умственной отсталости могут возникнуть внутриутробно, при родах и в первые три года жизни ребенка. К экзогенным патогенным агентам, способным привести к внутриутробному нарушению развития или повреждению ЦНС у ребенка, относятся внутриутробные инфекции. Наиболее опасен в этом отношении вирус краснухи и вирус эпидемического паротита(свинки).

Несколько менее выраженным тератогенный эффект наблюдается при заболевании матери корью и ветряной оспой. Заболевание матери гриппом в первом триместре беременности чаще приводит к внутриутробной гибели плода. Острые инфекционные заболевания матери могут привести к возникновению у плода внутриутробных энцефалитов и менингоэнцефалитов. Наиболее часто причиной этого являются токсоплазмоз, сифилис, цитомегалия, нередко протекающие у женщин в скрытой форме, а также некоторые инфекционные хронические заболевания матери, заболевание сердечно-сосудестой системы, почек, печени.

Причиной умственной отсталости может быть алкогольная эмориопатия - поражение плода алкоголем, употребляемым матерью во время беременности, внутриутробная интоксикация медикаментозными препаратами ( антибиотиками, нейролептиками, гормонами и др.); профессиональными вредностями матери (химическими и физическими);

иммунологический конфликт между матерью и плодом по резус-фактору и т.п.

Наиболее частой причиной постнатальной умственной отсталости являются воспитательные процессы в мозге( энцефалиты, менингоэнцефалиты, параинфекционные энцефалиты ), а также постнатальные интоксикации и черепно-мозговые травмы.

Таким образом можно сделать вывод, что дефекты развития познавательной сферы очень неоднородны по происхождению, поэтому разные формы умственной отсталости могут весьма существенно различаться по клиническим проявлениям.

2. ФОРМЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

Клиническая картина дефектов развития познавательной сферы складывается из особенностей имеющихся у детей психологических, неврологических и соматических симптомов. Те формы , при которых отмечаются четко очерченные , специфические, соматические проявления, позволяющие установить нозологический диагноз на основании клинических данных, а также при помощи современных методов специальных лабораторных исследований, называют дифференцированными формами умственной отсталости (болезнь Дауна, синдром "лица альфа" , синдромы Прадера-Вилли и др.,обусловленные врожденным токсоплазмозом, сифилиса, цитомегалией, врожденной краснухой и др. Все остальные случаи умственной отсталости , нозологический диагноз при которых нельзя установить ни на основании клинических , ни при помощи лабораторных данных, относят в группу клинических недифференцированных дефектов развития познавательной сферы. Несмотря на то, что за последние 20 лет открыто значительно больше новых форм умственной отсталости, чем за предыдущие столетие, удельный вес клинически недифференцированных дефектов развития познавательной сферы остается достаточно высоким ( 75-80% учащихся коррекционных школ 8 вида).

Однако определение методов педагогической коррекции и педагогический прогноз зависят не только от особенностей патологии, имеющийся у ребенка, но и от индивидуальных особенностей проявления болезни у данного больного, характера и выраженности у него дополнительных психопатологических и неврологических расстройств, сопутствующих вредностей, перенесенных ребенком, особенностей его психики и личности в целом.

2.1. НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

Неосложненные формы умственной отсталости характеризуется отсутствием дополнительных психопатологических расстройств. Интеллектуальный дефект у этих детей, так же как и у всех умственно отсталых, проявляется в первую очередь нарушениями мышления, тугоподвижностью, установлением главным образом частных конкретных связей, неспособностью и отвлечению.

Неизбежно страдают также предпосылки к интеллектуальной деятельности.

Внимание характеризуется недостаточной произвольностью и целенаправленностью, сужением объёма, трудностью сосредоточения, а также переключения. Нередко при неплохой способности к механическому запоминанию наблюдается слабость смысловой и особенно ассоциативной памяти. Новые сведения усваиваются с большим трудом. Для запоминания нового материала требуются многократные повторения и подкрепления его конкретными примерами. Тем не менее дети с неосложненной умственной отсталостью характеризуются обычно довольно устойчивой работоспособностью и более или менее удовлетворительной продуктивностью.

Психопатологическая картина дефектов развития познавательной сферы не исчерпывается только интеллектуальным дефектом. У умственно отсталых детей всегда имеется недоразвитие эмоционально-волевой сферы, проявляющееся примитивностью чувств и интересов, недостаточной выразительностью , дифференцированностью и адекватностью эмоциональных реакций, слабостью побуждений их к деятельности, особенно к познанию окружающего.

Тем не менее, необходимо заметить, что эмоциональная сфера у детей с общим психическим недоразвитием все же более сохранна, чем интеллектуальная. Они дифференцированно относятся к людям, событиям, небезразличны к своему внешнему виду ( особенно девочки), остро переживают обиды, стремятся получить похвалу, проявляют интерес к бытовым вопросам и неплохо в них ориентированы.

Уровень недоразвития речи у большинства детей с не осложненной умственной отсталостью соответствует степени их интеллектуального дефекта. У них отсутствуют локальные речевые расстройства , но всегда имеется общее недоразвитие речи , проявляющееся скудностью активного словаря , упрощенным построением фраз, аграмматизмами, нередко косноязычием. У некоторых детей можно наблюдать внешне хороший уровень развития речи с кажущимся богатством словарного запаса, правильным построением фраз, выразительными интонациями. Однако уже при первом же обследовании становиться ясно , что знание многих слов этим детям недоступно, что внешние правильные фразы представляют собой хорошо заученные речевые штампы.

Недоразвитие моторики проявляется главным образом недостаточностью точных и тонких движений, особенно мелких, медленностью выработки двигательной формулы действия, недостаточностью мышечной силы.

Выраженных нарушений поведения у детей с неосложненной умственной отсталостью обычно не наблюдается. При соответствующем воспитании дети с легким интеллектуальным дефектом без особого труда осваивают правильные формы поведения и в некоторой степени могут контролировать свои поступки.

Общее недоразвитие личности характерно для всех детей с общим психическим недоразвитием. Даже дети с самыми легкими степенями интеллектуальной недостаточности поражают своей несамостоятельностью, безынициативностью, внушаемостью и отсутствием личностных позиций. Тем не менее при адекватном воспитании, обучении и благоприятном окружении у них можно выработать правильные социальные установки и личностное отношение к своей деятельности, что так важно для успешного обучения и адаптации.

Таким образом, при неосложненных формах умственной отсталости педагогический прогноз зависит главным образом от степени, структуры дефекта и компенсаторных возможностей ребенка.

Оксана.К., 10 лет , ученица 2 класса. Мать девочки испытывала большие трудности в обучении, окончила 6 классов массовой школы. Работала уборщицей, в настоящее время не работает. Отец умер, по словам матери, злоупотреблял спиртным, сидел в тюрьме за драки, дважды находился на лечении от алкоголизма. У матери было 5 беременностей: от первой 16-летняя дочь, с большим трудом окончившая 9 классов массовой школы (дублировала 2 и 3 классы), в настоящее время нигде не работает и не учится. Вторая и третья беременности - медицинские аборты, четвертая беременность-выкидыш, Оксана от пятой беременности.

Благодаря некоторым знаниям, полученным в массовой школе, и хорошей работоспособности, девочка сравнительно легко и быстро овладевала программным материалом, т.к. темпы и методы обучения в коррекционной школе 8 вида соответствовали её интеллектуальным способностям. За год обучения она овладела счётом в пределах 10, научилась послоговому чтению. Её не затрудняло деление слов на слоги, писала аккуратно и почти без ошибок. Значительно изменилось её поведение , девочка стала активной, участвовала в подвижных играх, причём в некоторых случаях выступала в роли ведущей. Девочки нравилось наводить порядок в классе, она охотно помогала учителю раздавать тетради, ухаживала за цветами, выполняла другие поручения. В школу приходила всегда опрятной, свои школьные принадлежности содержала аккуратно. Принимала участие в художественной самодеятельности (фольклорный ансамбль) , быстро заучивала стихи, хотя читала не всегда выразительно. Все задания выполняла с большой старательностью.

По характеру девочка общительна, охотно вступает в беседу, но слабо ориентируется в окружающем: путает свой адрес, не знает адрес школы, называет только микрорайон , где она расположена. Знает времена года, может элементарно их охарактеризовать, но затрудняется называть месяцы, путает понятие год и месяц. Путает порядок дней в неделе.

Пространственные представления грубо не нарушены. Правую и левую сторону у себя и у собеседника различает. Умеет выполнять движения по словесной инструкции, но двусложные операции почти не выполняет. Допустив ошибку, очень долго думает и может исправить её самостоятельно. Может по показу построить фигуры из палочек, но при усложнении допускает ошибки, иногда выполняет зеркально. Зрительное восприятия сохранны: узнает и правильно называет нарисованные на картине предметы, перевернутые изображения, рисованные картинки. Может правильно разложить легкие серии сюжетных картинок и даже составить по ним элементарный рассказ. Умеет передать содержание маленького рассказа, но смысл его улавливает с трудом. В опыте на исключение четвертого называет предмет, который подходит, но принципа не понимает, дает стереотипные объяснения через отрицание принадлежности к трём другим.

Со сравнением чисел знаками хорошо справляется лишь при определённых условиях, например, при списывании или письме под диктовку. Если же знаками <<больше>> или <<меньше>> надо сравнивать заданные числа на карточке, то делает ошибки: подлинного понимания значения знаков у нее нет. При выполнение задания постоянно проговаривает про себя <<здесь левая рука>> или << здесь правая рука>> , т.к. учительница научила детей пользоваться большим и указательными пальцами обеих рук для определения знаков <<больше>> или<< меньше>> .Не всегда понимает смысл задачи , приходиться повторять неоднократно. Может неправильно решить задачу, но при проверке ответа на счётах может обнаружить ошибке сама. Девочка сосредоточена на задании, мало утомляется во время занятий , охотно выполняет предложенную работу. У неё относительно хорошая механическая память: из 10 слов через час воспроизводит 8.

Все данные об Оксане позволяют поставить диагноз : умственная отсталость легкой степени неосложденной форме. Кроме того, из этого случая следует, что огромное значение для обучения в специальной (коррекционной ) школе 8 вида имеет не только уровень интеллектуального развития, но и особенности поведения и работоспособности.

2.2. ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

Осложненные формы характеризуются наличием дополнительных психопатологических расстройств , отрицательно влияющих на интеллектуальную деятельность ребенка и успешность его обучения. По характеру дополнительных симптомов все осложненные формы умственной отсталости можно разделить на три группы: с церебрастеническим или гипертазионным синдромами; с выраженными расстройствами поведения; с эмоционально-волевыми растройствами.

У детей первой группы страдает главным образом интеллектуальная деятельность.

Церебрастенический синдром - синдром раздражительной слабости. В его основе лежит повышенная истощаемость нервной клетки. У детей с выраженным церебрастеническим синдромом нарушена работоспособность и заметно снижена продуктивность. При перенапряжении они становятся вялыми , апатичными или , наоборот, расторможенными, раздражительными. У них могут возникнуть кратковременные вспышки возбуждения, заканчивающиеся как правило, слезами. Дети с выраженным церебранестеническим синдромом всегда успевают ниже своих возможностей.

Гипертензионный синдром - синдром повышенного внутричерепного давления - возникает в связи с ликвородинамическими растройствами, развивающимися вследствие органического поражения ЦНС или врожденного дефекта ликворной системы мозга. Повышение внутричерепного давления сопровождается головными болями, головокружениями и нарушением общего самочувствия ребенка. Нарастает истощаемость и резко нарушается работоспособность.

У детей с повышенным внутричерепным давлением отмечаются своеобразные нарушения внимания, слабостью концентрации, повышенная отвлекаемость, вплоть до откликаемости на каждый внешний раздражитель. Нередко нарушается память. Дети становятся двигательно расторможенными, неусидчивыми или вялыми. Отчетливо выражены эмоциональная лабильность и явления вегето-сосудистой дистонии.

Школьная успеваемость заметно снижается.

У детей второй группы на первый план в клинической картине болезни выступают расстройства поведения. Они проявляются в виде гипердинамического или психопатоподобного синдрома,причем чаще это

наблюдается у умственно отсталых мальчиков. Они могут возникнуть на протяжении всего школьного возраста, хотя гипердинамический тип нарушений поведения чаще наблюдается в младшем школьном возрасте, а психопатоподобный - у подростков.

Гипердинамический синдром характеризуется выраженным двигательным беспокойством с обилием лишних движений, неусидчивостью , болтливостью, нередко импульсивностью. В тяжелых случаях поведение ребенка не поддается самоконтролю и внешней коррекции. Эти дети очень мешают работе класса. Они назойливо требуют к себе внимания, всех задевают, шумят. Деятельность их дезорганизована. Временами они становятся раздражительными и могут быть агрессивными. Их школьная адаптация резко нарушена. Гипердинамический синдром трудно поддается медикаментозной коррекции.

Психопатоподобный синдром наблюдается обычно у детей с умственной отсталостью , обусловленной черепномозговыми травмами или нейроинфекциями. В основе его лежат глубинные расстройства личности с расторможением, а иногда и с извращением грубых, примитивных влечений.

Расстройства поведения у этих детей настолько грубы, что занимают центральное место в клинической картине болезни, а недоразвитие познавательной сферы как бы усугубляет их проявления. У детей младшего школьного возраста психоподобный синдром чаще всего проявляется немотивированной грубостью, злобностью, жестокостью, нередко с явными садистскими наклонностями , агрессией. В подростковом возрасте возникают патологические влечения, повышенная сексуальность, синдром бродяжничества , уходы из дома , из школы. Необходимо однако, помнить, что у умственно отсталых детей в силу недостаточного понимания ситуации очень легко возникают реакции протеста на повышенные требования. Их несамостоятельность , внушаемость и склонность к подражанию нередко приводят к тому, что слепо поддаются влиянию других детей.

Серёжа Т., 11 лет, ученик 2 класса. Испытывает трудности в обучении.

Во время занятий отвлекается, утомляется, двигательно расторможен.

Мальчик от третьей беременности, которая протекала с токсикозом первого триместра беременности. Роды наступили в срок. Родился вторым из двойни. К груди приложен на пятый день, грудь взял сразу, но сосал вяло. Вскоре был переведен на искусственное вскармливание. Раннее развитие - с задержкой: головку начал держать в 4 месяца, сидеть в 8 месяцев, ходить - в 1 год 4 месяца. Первые слова начал произносить с двух лет, фразовая речь - с трёх. По физическому развитию от нормы не отстаёт, но несколько пониженного питания. Со стороны внутренних органов изменений не обнаружено. Слух в пределах нормы, острота зрения на оба глаза 0.8, коррекции не подлежит. Неврологический статус : некоторое повышение мышечного тонуса. Моторно неловок. Движения по показу выполняет нечетко, неуверенно и зеркально, нуждается в повторении инструкции. Мелкие дифференциованные движения пальцами замедленны и неточны.

До трёх лет воспитывался дома, был беспокойным. Затем посещал обычный детский сад, где было замечено отставании в психическом развитии. Рос двигательно расторможенным, моторно неловким, отвлекаемым. Долго не мог овладеть навыками самообслуживания ( застёгивать пуговицы, зашнуровывать ботинки). В игры с детьми не включался, к игрушкам интереса не проявлял. Был немотивированно жесток, мучил кошек , стрелял из рогатки по голубям.

В подготовительной группе детского сада элементами грамоты не овладел.

Поступил в массовую школу в 7 лет, сразу выявились непреодолимые затруднения в обучении. Во время уроков был неусидчив, выкрикивал, играл со школьными принадлежностями, превращал их в пулемёты, "расстреливал" одноклассников, ходил по классу, ползал на четвереньках , разговаривал, отвлекал от занятий других детей. На переменах жестоко дрался, часто ногами, стараясь причинить боль. Запас знаний об окружающем был низок. Не знал имени и отчества родителей, своего адреса, путал дни недели, цвета (красный называл синим) . Пересчитать предметы в пределах пяти затруднялся. Запомнил лишь несколько печатных букв, но составлять из них слоги не научился. Написав 2-3 знака, напоминающих буквы, разрисовал тетрадь, пачкал страницы, вырывал листы. Речь была крайне бедной, фразы составлял аграмматичные из двух-трёх слов. Движения были неуверенными, плохо координированными. Не умел себя обслуживать.

При повторном обучении в 1 классе массовой школы по-прежнему не усваивал программный материал. За партой вертелся, громко разговаривал, играл, смеялся. Но по сравнению с первым годом обучения отмечались некоторые сдвиги. Уже не так часто ходил по классу. Стал кратковременно реагировать на замечания педагога. Но жестокое отношение к детям и животным сохранялось. Научился считать в пределах 10 только на конкретном материале, срисовывал буквы, не усвоил их произношения. С трудом списывал с печатного текста легкие слова , но не умел их читать и писать на слух. В уборке класса не участвовал. Дома с ним много занималась старшая сестра - ученица 8 класса массовой школы, мечтающая стать учителем.

После двух лет обучения в 1 классе массовой школы переведён по решению психолого-медико-педагогической комиссии в 1 класс специальной ( коррекционной ) школы 8 вида. Здесь уже в самом начале обнаружилось, что мальчик, не умеет сосредоточиться на задании из-за крайней расторможенности , с трудом выслушивает инструкцию , часто отвлекается. В результате коррекционной работы у него появилось более правильное отношение к учёбе, стал отвечать на вопросы, реагировал на похвалу, овладел счетными операциями в пределах первого десятка, с помощью решал простые задачи. Постепенно овладел звукобуквенным анализом, научился составлять слоги и легкие слова. К концу учебного года перешел к медленному слоговому чтению, делая при этом много ошибок типа пропусков, замен, перестановок букв, слогов, часто читал по догадке. Пересказывал прочитанное не мог, но появился некоторый интерес к чтению: иногда даже выражал желание читать в классе. Выявились большие трудности при написании слов на слух. Только после многократных повторений мог разделить слова на слоги , а в словах со стечением согласных допускал ошибки. Постепенно стало проявляться некоторое положительное отношение к учёбе , уже огорчало получить плохую оценку, и радовался хорошей , но эти переживания были еще крайне неустойчивыми.

На уроках труда плохо выполнял задания, не проявлял к ним интереса, торопился, работал небрежно , линии проводил неровные, при закрашивании часто выходил за пределы рисунка. В беседах выявляется бедный круг представлений об окружающей действительности, путает дни недели, не знает названия месяцев, по-прежнему не знает домашнего адреса, места нахождения школы. Мальчик не различает у себя и у собеседника правую и левую стороны, движения по показу выполняет зеркально и нечетко, а действовать по инструкции затрудняется ( слушает невнимательно и часто нуждается в её повторении) . Легкие фигуры из палочек копирует, но при усложнение задания допускает много ошибок, даже после многократных объяснений задания выполняет методом проб и ошибок. Зрительные восприятия сохранены. Узнает прямые и перевернутые изображения, перечеркнутые картинки. Знает основные цвета , но затрудняется назвать оттенки , хотя практически их различает.

Интеллектуальное развитие низкое, классифицирует картинки по конкретно-ситуационному признаку и лишь усвоенные в школе-по родовому( животные, фрукты, овощи). Укрупнить группу не умеет, исключает только в легких вариантах и примитивно объясняет принцип. Серию сюжетных картинок раскладывает в правильной последовательности, но составить по ним рассказ не может.

Механическая память не развита. Через час удерживает в памяти из 10 слов только пять , а вместо слов "вода" и "конь" называет более знакомые - "река" и "лошадь". Плохо запоминает стихи. С детьми стал ссориться меньше, уже не так жестоко относится к животным, хотя с рогаткой так и не расстался. На переменах и внеклассных занятиях ведет себя неорганизованно, импульсивен ни на чем не может сосредоточиться , то и дело встает, что-то хватает, рассматривает, потягивается, облокачивается на стул. На замечания реагирует, но тут же забывает их , часто отвлекается от работы, очень быстро устает.

Все выше изложенное позволяет сделать вывод , что у Сережи.Т легкая умственная отсталость, осложнённая расстройствами поведения.

У детей третьей группы, кроме умственной отсталости , наблюдается расстройства эмоционально-волевой сферы. Они могут проявляться в виде повышенной эмоциональной возбудимости , немотивированных колебаний настроения, снижения эмоционального тонуса и побуждения к деятельности, в в виде нарушения эмоционального контакта с окружающими. Особенно большие трудности в отношении обучения представляют дети с пониженным эмоциональным тонусом и слабостью побуждений. Они вялы , пассивны, мало интересуются окружающим. Движения их замедленны, речь растянута и как бы затруднена, резко замедленно и мышление. Благодаря слабости интересов и побуждений включить их в учебный процесс очень трудно, и обычно они нуждаются в индивидуальном обучении. При более тяжелых расстройствах развивается состояние крайней вялости, безучастности, полной адинамии и бездеятельности. Такие дети даже при довольно легкой интеллектуальной недостаточности, практически не обучаемы.

Истинное нарушение эмоционального контакта с людьми наблюдается чаще у детей с умеренной умственной отсталостью, т.е. среди имбецилов. Тем не менее, детей с аутизмом можно встретить и среди учащихся специальных (коррекционных) школ 8 вида, особенно , если у детей наблюдается шизофренический процесс, начавшийся в младшем или дошкольном возрасте. У этих детей отмечается глубокое расстройство функции общения, сопровождающееся, как правило, нарушением целенаправленности внимания, мышления и деятельности. Хотя эти дети не мешают работе класса, их обучение в условиях школы представляет большие трудности.

Среди учащихся специальных (коррекционных) школ 8 вида чаще можно встретить детей с псевдоаутизмом, т.е. нарушением контакта, обусловленным реактивными моментами , страхом новой обстановки, новых требований, страхом перед учителем, боязни агрессивности детей. Эти дети тихо сидят на уроке, пассивно подчиняются режимным требованиям но не отвечают на вопросы педагога и не вступают в контакт с одноклассниками. Такой псевдоаутизм обычно не трудно преодолеть умелым психотерапевтическим и педагогическим подходом к ребёнку.

К осложненным формам относят также умственную отсталость с локальным церебральными расстройствами: локальным недоразвитием или расстройством речи, локальными пространственными нарушениями, локальным двигательными расстройствами (ДЦП). В плане педогагической коррекции таких детей большое место должна занимать работа по восстановлению локально нарушенных функций.

2.3.АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.

Кроме осложненных форм , существуют также атипичные формы умственной отсталости. Г.Е.Сухарева относит к ним дефекты развития познавательной сферы с частыми эпилептическими припадками , с прогрессирующей гидроцефалией, с эндокринными расстройствами, с нарушением зрения и слуха.

Эпилептические припадки встречаются у умственно отсталых детей значительно чаще, чем у интеллектуально полноценных, и тем чаще , чем глубже недоразвитие у ребенка. Они могут наблюдаться как при экзогенных,

так при разных наследственных дефектах развития познавательной сферы. Систематические эпилептические пароксизмы отрицательно влияют на возрастную и педагогическую динамику развития ребёнка. В коррекционных школах наряду с умственно отсталыми с эписиндромом можно встретить детей с рано сформировавшимся эпилептическим слабоумием. Они отличаются от первых специфическими эпилептическими особенностями эмоционально-волевой сферы, деятельности и личности в целом.

Группа умственной отсталости с эндокринным расстройствами включает значительное число разных дефектов развития познавательной сферы, при которых, кроме интеллектуального дефекта, наблюдаются первично эндокринные или вторичные - церебро-эндокринные нарушения. Это гипотиреоз, ряд форм умственной отсталости с ожирением, гипогенитализмом, характеризующихся рядом особенностей психики, позволяющих в педагогическом отношении объединить их в одну группу.

Расстройства зрительного и слухового анализаторов, даже неглубокие, отрицательно влияют на компенсаторные и адаптивные возможности умственно отсталого ребенка и серьёзно осложняют его обучения. При определении методов педагогической коррекции в таких случаях необходимо учитывать характер, степень , особенности течения и клинических проявлений каждого их дефектов.

Таким образом, по клиническим проявлениям все случаи умственной отсталости делят на неосложненные, осложненные и атипичные.

При осложненных формах, кроме интеллектуального дефекта, наблюдаются разные психопатологические и локальные церебральные расстройства. При атипичных - поражение разных систем организма. Дети с осложненными и атипичными формами умственной отсталости нуждаются в постоянном врачебном наблюдении и соответствующем лечении. Отчетливой положительной динамики развития у них можно добиться только путем сочетания адекватного обучения с медикаментозной терапией.

Наташа.П., 11 лет , ученица 2 класса. Мать - медсестра со средним медицинским образованием, работавшая анастезиологом в хирургическом отделении до самого декретного отпуска; отец - инженер.

Девочка от первой беременности, протекавшей в первой половине с токсикозом, а во второй с нефритом, вследствие чего рожала в отделении патологии. Роды наступили на две недели раньше срока, были затяжные и проходили со стимуляцией. Родилась весом 2750 грамм при росте 51 см. К груди приложена на вторые сутки, сосала вяло. Перенесла спазмофилию в 1,5 года и ветряную оспу в 3 года, не считая частых ОРВИ.

Ранее развитие с задержкой: ходить начала в 1 год 3 месяца, отдельные слова появились в 3 года, фразовая речь - в 9 лет, навыками самообслуживания овладела с 5 лет. Посещала ясли-сад с 2,5 до 9 лет.

Физическое развитие: резко снижено питание , нарушена осанка (правосторонний сколиоз), узкие кости. Внутренние органы в норме. Ассиметрия лопаток и плеча, впалая грудь, голова опущена, шаг неритмичный, руки напряжены . Слух и зрение в норме. Неврологически имеет ряд симптомов органического поражения центральной нервной системы.

Ещё в детском саду Наташа была замкнутой, малоактивной. В новой обстановке в контакт вступала с трудом, в общении с детьми и со взрослыми была избирательна, но ласкова и послушна. Проявляла стойкий интерес к логопедическим занятиям, занималась внимательно и целенаправленно. В детском саду научилась различать величину, форму и цвет предметов ( цвета различала только основные), порядковый счет в пределах 5 ( путая иногда"три" и "четыре"), счетные операции в пределах 3. Фигуры из палочек складывала неточно. Коробку форм выполняла методом проб и ошибок. Произносила отдельные слова, но речь оставалась косноязычной. С детьми играла редко,навыками самообслуживания владела, была опрятной.

В 9 лет поступила в 1 класс специальной (коррекционной ) школы 8 вида и с первых же дней испытывала большие трудности в обучении. Писала только по обводке, не соблюдая строк. Примеры решала на конкретном материале и только с помощью. Постепенно освоила буквы, научилась их произносить, составлять слоги, легкие слова и производить звукобуквенный анализ в знакомых простых словах. Овладела прямым и обратным счетом в пределах 10 и решала легкие арифметические примеры, но делала это очень медленно. Элементарные задания по труду и рисованию выполняла с помощью. Несмотря на слабые знания, условно переведена во второй класс, где явно обнаруживает отставание. Затрудняется моделировать слова со стечением согласных. С большим трудом составляет предложения из

двух -трех слов , читает медленно и побуквенно. Продолжает активно заниматься с логопедом. Состава чисел почти не усвоила, примеры решает только на конкретном материале в пределах 10. Девочка настолько привыкла к помощи и постоянной опеке со стороны родных, что не любит работать самостоятельно. Записи в тетрадях неровные, неаккуратные, безуспешно старается писать быстро. С заданиями по труду и рисованию не справляется.

Девочка очень опрятна, аккуратна, прилежна, содержит в порядке школьные вещи, никогда не забывает взять все нужные принадлежности. Стала иногда улыбаться, изредка общается с детьми, даже пытается дружить с одной девочкой. По отношению к старшим послушна, ласкова, доверчива. На уроках сосредоточена, внимательна, с готовностью выполняет инструкции, хотя часто допускает ошибки.

Недоразвитие пространственного синтеза и фонематического слуха резко сказываются на письме, не всегда соблюдает строчку, затрудняется писать под диктовку, переписывает упражнения, не понимая их смысла. Найти свои ошибки или проанализировать выполненную работу не может. Записав условие задачи, считает её уже решенной. С доски и из учебника списывает почти без ошибок, при записи под диктовку путает буквы. Часто болеет и пропускает много занятий. Оставлена во втором классе на второй год.

С трудом вступает в беседу, не всегда понимает речевые инструкции.

Пассивный словарь значительно богаче, активного. Легкую серию картинок может при соответствующей помощи разложить в правильной последовательности и даже составить по ним элементарный рассказ, а свои мысли выразить может лишь отдельными словами.

По структуре дефекта девочку можно отнести к умеренно выраженной степени умственной отсталости, осложненной недоразвитием речи, фонематического слуха и пространственного синтеза.

В структуре дефекта у ряда учащихся коррекционных школ 8 вида отмечается неравномерное недоразвитие разных сторон психики. Наряду с выраженным недоразвитием высших психических функций у них могут наблюдаться признаки распада других и относительная сохранность третьих функций. Такая мозаичность дефекта отчетливо видна при поздних постнатальных формах умственной отсталостью. Объясняется это весьма существенными различиями в степени сформированности и уровне развития отдельных структур мозга на разных этапах младшего возраста. Соотношение признаков недоразвития и деструкции центральной нервной системы в структуре дефекта находятся в прямой зависимости от возраста, в котором произошло поражение мозга. Удельный вес деструктивных изменений тем больше, чем позже действовал патогенный агент.

Так , при поражении мозга в первые месяцы жизни в структуре дефекта преобладают признаки недоразвития и/или отсутствия локальных симптомов, дефект представляется относительно равномерным. При поражении же ЦНС на третьем году жизни структура дефекта приближается к тому, что наблюдается при ранних деменциях. Наряду с неравномерным недоразвитием одних церебральных функций в ней присутствуют признаки распада других функций и относительной сохранности некоторых сторон психической деятельности.

Таким образом формирование дефекта при умственной отсталости зависит от характера, механизма и первичной локализации патогенного воздействия, от интенсивности и распространенности поражения ЦНС, а также в большей степени от времени воздействия патогенного фактора.

Слабоумие, возникающее в результате повреждения нормально сформированного мозга ( на четвертом году жизни и позже), называется деменцией. Дети с неглубокой деменцией, возникшей в дошкольном возрасте, могут обучаться по программе специальной( коррекционной) школы 8 вида. Поражение ЦНС у них мозаичное: наряду с выраженным повреждением одних областей мозга у них может наблюдаться более или менее выраженная сохранность других его отделов. Структура дефекта при резидуальных деменциях характеризуется более резким нарушением предпосылок к интеллектуальной деятельности ( внимания и памяти), а также более выраженными нарушениями работоспособности, чем собственно познавательных способностей. Положительным моментом у этих детей является тенденция с возрастом к постепенному обратному развитию некоторых патологических симптомов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом среди умственно отсталых детей можно встретить разные формы церебральной патологии. Это положение касается и учащихся специальных (коррекционных) школ. Чаще всего среди них встречаются дети с непротреднентным общим психическим недоразвитием ( умственной отсталостью). Наиболее благоприятны в отношении педагогического прогноза дети с неосложненными формами умственной отсталости. Реже среди учеников коррекционных школ можно постпроцессуальными дефектами развития познавательной сферы, возникшими в результате рано перенесенных патологических процессов ЦНС ( шизофрения, эпилепсия). Еще реже в таких школах встречаются дети с прогрессирующими заболеваниями ЦНС. В связи с разнообразием контингента коррекционных школ 8 вида педагоги должны понимать, что эффективность педагогической коррекции дефекта у умственно отсталых детей зависит не только от степени недоразвития у них познавательной деятельности, но и от общей структуры дефекта , от общих и индивидуальных особенностей патологии, имеющийся у них , в частности от особенностей течения заболевания, а также от характера и выраженности дополнительных психопаталогических симптомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы.

Под редакцией Ж.И.ШИФ. - М.1965.

2. Певзнер.М.С. Дети-олигофрены. -М.1959.

3.Певзнер.М.С., Лубовский.В.И. Динамика развития детей-олигофренов.-М.,1963.

4. Умственно отсталый ребенок. Очерки изучения особенностей высшей нервной деятельности детей-олигофренов.

Под редакцией А.Р.Лурия.-М.,1960.

**Психолого-педагогическая характеристика**

ученицы 3«А» класса МСКОУ для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа - интернат VIII вида» г. Ногинска Московской области.

***Меньщиковой (Елены Сергеевны,*** 26.08.1998 г.р.,

зарегистрированной по адресу: Ногинский район, пос.Обухово, ул. Комбинат, д.1, ком. 171, проживающей по адресу: Ногинский район, пос.Обухово, ул. Комбинат, д. 43, кв. 7.

Меньшикова Елена поступила в муниципальное специальное (коррекционное) образовательное учреждение «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа - интернат VIII вида» г. Ногинска Московской области в сентябре 2007 года в 2 класс с диагнозом «легкая умственная отсталость» из МОУ СОШ №24.

За время обучения в 3 классе Елена показала низкую успеваемость при удовлетворительном поведении. Учебная мотивация частично сформирована. Учебная деятельность зависит от ситуации.

Елена импульсивна, двигательно расторможена, невнимательна. Долго включается в работу, не сразу понимает смысл речевых инструкций, постоянно требует помощи учителя.

Зрительное восприятие характеризуется замедленностью. Она нуждается в более длительном времени для восприятия и узнавания знакомых объектов по причине замедления процессов анализа и синтеза, поэтому часто путает графически сходные буквы, допускает ошибки на замену и пропуски букв, слогов. При чтении возникают трудности: перестановка букв, слогов, искажение окончаний.

Память кратковременная. Запоминание и сохранение любого материала затруднено. Объем запоминаемого материала ограничен. Воспроизведение затруднено из-за неумения самостоятельно организовать припоминание материала и выразить имеющие знания в речи. Связная речь у Елены развита слабо. У девочки наблюдается системное недоразвитие речи, грубые нарушения слоговой структуры слова, нарушение фонематического восприятия. Поэтому затруднено формирование навыков чтения. Сдвиги по улучшению речи в работе с логопедом минимальны. Слабо формируются умение действовать по словесной инструкции. Часто начинает выполнять

задания не дослушав инструкцию, не поняв целей, без внутреннего плана действий, при слабом самоконтроле. Словарный запас на уровне бытового общения. На вопросы отвечает односложно. Чтение слоговое.

Мышление конкретное. Операции анализа, синтеза, сравнения, обобщения недоступны. Исключения делает по незначительному признаку. С трудом усвоила прямой и обратный счет в пределах 100. Устные и письменные вычисления делает только с опорой на наглядность. Решение задач доступно под руководством учителя.

Внимание у Елены неустойчивое, трудности в переключении и распределения внимания. Низкая концентрация.

На уроках ручного труда испытывает затруднения в работе по образцу, требуя индивидуальную помощь.

По характеру Лена добрая, но вспыльчивая девочка. Морально-волевая сфера характеризуется незрелостью. Девочка подвержена частой смене настроения. Не умеет контролировать свои эмоции, неадекватно воспринимает замечания в свой адрес. Часто провоцирует конфликты с одноклассниками. Негативная реакция на происходящее проявляется незамедлительно.

К общественно-полезному труду ребенок относится не всегда добросовестно. Поручения учителя девочка выполняет по настроению, не всегда аккуратно. Не стремится выполнить задуманное до конца. Санитарно- гигиенические требования выполняет под контролем взрослых. Навыки самообслуживания сформированы, но за своим внешним видом Лена следит не всегда.

Физическое развитие девочки соответствует возрастной норме. Лена всегда защищает честь класса во время спортивных соревнований. Принимает активное участие в школьных мероприятиях. В свободное время Лена предпочитает рисовать, увлекается ролевыми играми.

Май 2009 год.

Директор МСЖОУ СКОШИ VIII вида

*\ у*

Педагог-психолог:

***Х'ШГ" ШЖ-Г***

КлЗареный руководитель: ууь-^-<-f

Карэ Н. А. Шкрылева И. В. Глазкова Н. Г.