

**Зубенски Екатерина**

**Куртева Оксана**

**УСЛУГИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ**

**Chişinău, 2020**

УДК 378.

ББК

Н

Учебное пособие рекомендована к изданию

Советом Факультета Психологии и Специальной Психопедагогике Государственного Педагогического Университета «И. Крянгэ», г. Кишинёва. Методическим Советом Комратского Государственного Университета

Рецензенты:

Гонца Виктория, кандидат наук, доцент, директор докторской школы психологии, КГПИ им. «И. Крянгэ»

Ткач Любовь, доктор педагогики, Комратский Государственный Университет

Учебное пособие посвящено вопросам образовательных услуг системы образования. В пособии раскрываются общие понятия социальных образовательных услуг, основные категории детей с особыми возможностями здоровья (ОВЗ), обучающиеся в общей образовательной школе и нуждающиеся в особых коррекционных образовательных услугах.

Пособие предназначено для студентов и преподавателей вуза, а также практикующих педагогов и психологов в образовательных организациях.

**Зубенски, Екатерина.**

Услуги системы образования : [учебное пособие] / Зубенски Екатерина, Куртева Оксана. – Chişinău : S. n., 2020 (Tipogr. UPS "Ion Creangă"). – 209 p. : fig., tab.

Referințe bibliogr. la sfârșitul cap. – 100 ex.

ISBN 978-9975-46-446-8.

37.06:364.2(075)

3 911

© Зубенски Екатерина

© Куртева Оксана

## **Оглавление:**

### **Раздел 1. СУЩНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ**

1.1. Общие понятия социальных услуг.....	1
1.2. Образовательные услуги системы образования .....	12
1.3. Дополнительные образовательные услуги .....	27
1.4. Платные дополнительные образовательные услуги .....	38

### **Раздел 2. КОРРЕКЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

2.1. Дети с ограниченными возможностями зрения.....	53
2.2. Дети с нарушениями слуха .....	70
2.3. Дети с нарушениями речи .....	88
2.4. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата .....	99
2.5. Дети с нарушениями психологического развития .....	114
2.6. Дети с расстройствами интеллектуального развития .....	135
2.7. Основные заболевания детей с расстройствами интеллектуального развития.....	161
2.8. Коррекционные услуги системы образования.....	188



## **Раздел 1. СУЩНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ**

1.5. Общие понятия социальных услуг.....	1
1.6. Образовательные услуги системы образования .....	12
1.7. Дополнительные образовательные услуги .....	27
1.8. Платные дополнительные образовательные услуги .....	38

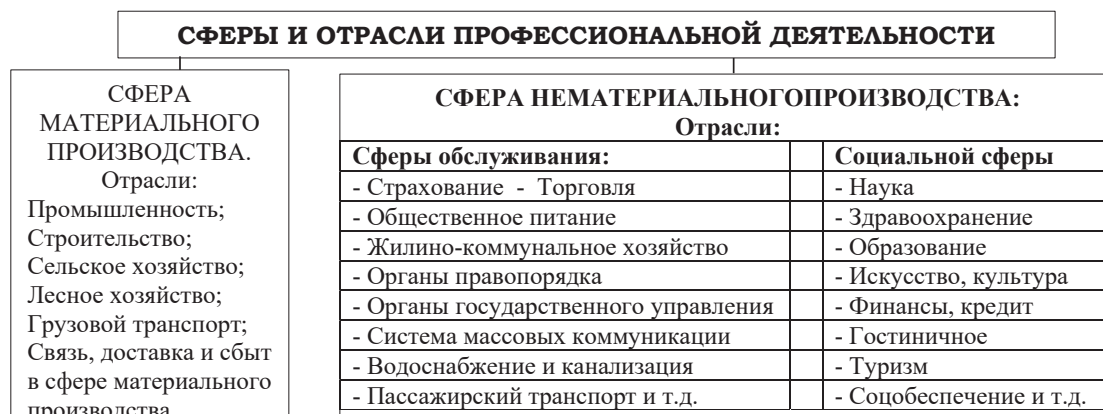
## Раздел 1. СУЩНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ.

### 1.1. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ.

Содержание:

1. Сферы и отрасли профессиональной деятельности.
2. Понятие социальной услуги.
3. Критерии классификации услуг. Признаки и свойства.
4. Государственные (публичные) социальные услуги.
5. Услуги социального обеспечения.

**1. Сфера профессиональной деятельности** - это совокупность отраслей, объединенных по определенному признаку. По результатам труда различают две крупные сферы профессиональной деятельности: *сферу материального производства и непроеизводственную сферу*. В каждую из них входят определенные отрасли, которые могут быть представлены в нижеследующей схеме.



Фигура 1.1. Сферы и отрасли профессиональной деятельности

**Услуги как экономическая категория имеют два значения:** 1) *услуги* – это вид экономической деятельности. Следовательно, к услугам относятся все виды экономической деятельности, за исключением промышленного производства и сельского хозяйства.

Услуги сферы обслуживания	Услуги социальной сферы	
Услуги по созданию условий благополучия жизни и труда	Услуги по развитию человеческого капитала	Услуги по созданию условий развития человеческого капитала
- Строительные услуги; - Страхование; - Жилищно-коммунальные услуги; - Водоснабжение и канализация; - Газоснабжение; - Электроснабжение; - Теплоснабжение; - Торговые услуги; - Услуги общественного питания; Транспортные услуги и услуги технического обслуживания транспорта; - Услуги связи и телекоммуникации и услуги ремонта цифровой и бытовой техники; Бытовые услуги (пошивочные услуги, парикмахерские услуги, уборка и т.д.).	Услуги здравоохранения и медицинско-санаторные услуги; Услуги образования и просвещения; Услуги культуры, физической культуры и спорта; Услуги развлечения и отдыха; - Туристические и гостиничные услуги и т.д.	- Финансовые услуги; - Услуги аренды; - Юридические услуги; - Услуги переводчиков; - Охранные услуги; Услуги пассажирского транспорта; - Информационные и коммуникационные услуги (связь, Интернет, ИТ-консалтинг и пр.); - Социально-бытовые услуги; Услуги социального обеспечения и т.д.

2) услуги – это экономическое благо. С этой точки зрения под услугами одни экономисты понимают саму деятельность, направленную на удовлетворение индивидуальной потребности, другие – результат, удовлетворяющий индивидуальную потребность, а третьи – диалектическое единство деятельности и результата, достигаемого в ходе этой деятельности.

В сферу услуг входят: 1. сфера обслуживания (услуги инфраструктуры производственной и обслуживающей сфер экономики); 2. социальная сфера (услуги непродуцированной и юридически-финансовой сферы экономики).

К услугам относятся информационные, образовательные, художественные, медицинские, социальные, бытовые и другие виды обслуживания людей. Традиционно в качестве критерия классификации услуг выступает получатель. В зависимости от статуса выделяются личные и деловые (или профессиональные) услуги. Оказание личных услуг направлено на удовлетворение потребностей населения, а деловых – потребностей лиц, осуществляющих предпринимательскую или иную профессиональную деятельность. Услуги населению по функциональному назначению подразделяются на материальные и социально-культурные.

**2. Понятие и сущность социальной услуги.** Термин «материальная услуга» раскрывается как «услуга по удовлетворению материально-бытовых потребностей потребителя услуг». Материальные услуги обеспечивают восстановление (изменение, сохранение) потребительских свойств изделий или изготовление новых изделий по заказам граждан, а также перемещение грузов и людей, создание условий для потребления. В частности, к ним могут быть отнесены бытовые услуги, связанные с ремонтом и изготовлением изделий, жилищно-коммунальные услуги, услуги общественного питания, транспорта. Несмотря на всевозрастающий интерес к сфере услуг, наиболее важны услуги, формирующие человеческий капитал, они способствуют повышению производительности труда, качеству предоставляемых услуг, удовлетворенности потребителей и положительным образом отражаются на росте доходов населения. В научных исследованиях установлены следующие закономерности развития сферы социальных услуг: - возможность экономического роста; - усиление роли государства в формировании человеческого капитала; - появление постоянных потребностей, например, поддержание здоровья, профилактика заболеваний, непрерывное образование, получение образования без отрыва от производства; - усиление воздействия на потребителей с целью повышения спроса на свою продукцию; - осуществление перехода на долгосрочные партнерские отношения между потребителем и производителем социальных услуг; - типизация (стандартизация) сферы социальных услуг.

Структуризация социальных услуг (см. таблицу 1) предполагает разделение услуг, непосредственно связанных с производством человеческого капитала (услуги здравоохранения, образования, культуры), и услуг по созданию условий развития человеческого капитала (социально-бытовые услуги, услуги пассажирского транспорта и коммуникабельные услуги).

Особое место в услугах по созданию условий развития человеческого капитала занимают услуги пассажирского транспорта, или пассажирские перевозки.

**Под социально-культурными услугами** понимаются услуги по удовлетворению духовных, интеллектуальных потребностей и поддержанию нормальной жизнедеятельности. Социально-культурные услуги обеспечивают поддержание и восстановление здоровья, духовное и физическое развитие личности, повышение профессионального мастерства. К ним могут быть отнесены услуги медицины, культуры, туризма, образования и т.д. Представляется важным четкое подразделение услуг на основные и дополнительные. Основные услуги – это услуги, удовлетворяющие основные потребности, а дополнительные – вторичные.

**Услуга – в широком понимании, это:** - результат, по меньшей мере, одного действия, обязательно осуществленного при взаимодействии поставщика и потребителя, и, как правило, нематериальный; - действие или деятельность, совершенные одним лицом (физическим или юридическим) в интересах другого лица; - блага, предоставляемые в форме деятельности; - любая деятельность или благо, которую одна сторона может предложить другой. В популярных научных и литературных источниках существуют различные определения понятия «услуга». В словаре А. Даля имеется такое толкование услуги: «Оказать услугу – это услужить, угодить, быть полезным, сделать нужное, угодное дело». В словаре С. Ожегова: «Услуга – это действие, приносящее пользу или помощь другому». В литературной трактовке заложена весьма важная базовая основа или абстрактное действие, именуемое «услугой», которое получило определенное направление – на «другого». «Другой» здесь – философская категория, противоположная «Я». Действие переходит из категории абстрактного в категорию социальной направленности. Следовательно, необходимо определить, что только действие, которое приносит помощь («материальная» составляющая) и пользу («этическая» составляющая) «другому» имеет право называться «услугой».

**3. Критерии классификации услуг. Признаки и свойства услуг.** Услуги могут быть материальными (осязаемые) услуги, производительного труда, материализованные в конкретных вещах продукта и нематериальными (неосязаемые) услуги, непроизводительного труда (например, в системе образования, культуры, юридические услуги).

Материальная услуга	Нематериальная услуга
Услуга по удовлетворению материально-бытовых потребностей потребителя услуг.	Социально-культурная услуга по удовлетворению духовных, интеллектуальных потребностей и поддержанию нормальной жизнедеятельности потребителя
	Услуги социальных служб, заключающиеся в оказании социальной помощи клиенту для преодоления им трудной жизненной ситуации (ТЖС). ТЖС – ситуация объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина по определенным причинам.

Современные исследователи обращают внимание и на другие признаки, присущие услуге. Так К. Лавлок выделяет два аспекта в понимании сущности услуг. Согласно первому: «Услуга – это действие или процесс, предлагаемый одной стороной другой».

<b>Международная стандартная отраслевая классификация всех видов экономической деятельности (МСОК / ISIC), статистическая классификация видов экономической деятельности европейского союза (КДЕС / NACE) разделяет все услуги на 160 позиций по 12 укрупненным блокам:</b>		
– деловые услуги; – услуги связи; – строительные и инжиниринговые услуги; – дистрибьюторские услуги;	– общеобразовательные услуги; – услуги по защите окружающей среды; – финансовые услуги, включая страхование; – услуги по охране здоровья и социальные услуги;	– туризм и путешествия; – услуги в области организации досуга; – транспортные услуги; – прочие услуги [12].

Полезный эффект неосязаемых услуг, как результат трудовой деятельности, могут иметь одновременно осязаемый результат, при оказании которых потребители могут видеть определенный результат труда. Это касается отдельных видов медицинских, педагогических, бытовых, жилищно-коммунальных, транспортных, гостиничных и других услуг.

Неосязаемость	Услугу нельзя потрогать или продемонстрировать
Неотделимость	Услугу нельзя отделить от ее источника, независимо от того, предоставляется она человеком или машиной
Непостоянство качества	Качество услуги зависит от того, кто, когда и как ее предоставляет
Недолговечность	Услугу нельзя хранить с целью последующего использования



**4. Государственные (публичные) социальные услуги.** Услуги непроизводственного (потребительского) характера неоднородны по своему функциональному назначению. Определенная их часть относится к выполнению функций общенационального характера: административная деятельность и государственное управление, финансовая деятельность и страхование, охрана общественного порядка и оборона.

В этом контексте, услуга именуется государственной или публичной. Понятие государственной услуги не имеет однозначного аналога в мировой практике. Данный термин является одним из вариантов перевода термина «public services». При этом в зависимости от контекста слово «public» может быть переведено на русский язык как «государственный и муниципальный», «общественный» или «публичный».

А. Е. Шаститко под публичной услугой понимает частные (индивидуализированные) блага, предоставляемые органами государственной власти и управления гражданам и организациям (физическим и юридическим лицам), как правило, в физической форме: [Шаститко А. Е. Организационные рамки предоставления публичных услуг // Вопросы экономики. 2004. № 7. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс»].

По мнению Н. В. Путило, в административно-правовом понимании публичные услуги – это конкретные действия, повседневная деятельность государственных органов и служащих в отношении физических и юридических лиц, в ходе которой гражданин или юридическое лицо получает определенные блага [Путило Н. В. Публичные услуги: между доктринальным пониманием и практикой нормативного закрепления // Журнал российского права. 2007. № 6. с.10]. В литературе и действующем законодательстве пока не сложились четкие критерии их разграничения. Разночтения в терминологии возникают, возможно, из-за того, что зарубежное понятие public service в переводе означает и «публичные», и «государственные», и «общественные» услуги. Термин «государственная услуга» выделяется по принципу субъекта: ее могут предоставлять только государственные органы.

*Социальные услуги обладают всеми признаками публичных услуг* и, по сути, являются публичными, но критерием выделения (в отличие от государственных услуг) является не круг субъектов, их оказывающих, а сфера, в которой они реализуются. По мнению некоторых авторов<sup>36</sup>, социальные услуги не должны быть связаны со сферой применения, так как количество этих сфер точно не определено. Социальную услугу могут оказывать органы, учреждения и предприятия публично-властные (например, образовательную услугу может оказать государственное образовательное учреждение – государственный вуз) и структуры гражданского общества (ту же образовательную услугу может оказать и негосударственный вуз), а административную услугу (например, перераспределение доходов путем финансирования льгот и компенсационных выплат из государственного бюджета) оказывают исключительно публично-властные структуры

*Социальные услуги характеризуются следующими признаками:* это услуги, оказываемые населению в рамках осуществляемой государственной политики и реализации социальных целевых программ; с выраженной адресной субъектной направленностью (в отношении слоев населения, которые нуждаются в оказании помощи: [Барков А. В. Гражданско-правовая модель рынка социальных услуг // Юридический мир. 2007. № 11. С. 43], с закрытым, нормативным регламентированным перечнем этих услуг, финансированием затрат, связанных с оказанием социальных услуг, осуществляемых в основном за счет бюджетных средств и внебюджетных фондов, с субъектами, оказывающими услуги, – в основном государственными и муниципальными учреждениями социальной службы: [Шаблова Е. Г. Гражданско-правовое регулирование отношений возмездного оказания услуг: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Екатеринбург, 2002. с. 13].



**Узкое понимание социальной услуги: Социальное обслуживание граждан** (далее - социальное обслуживание) - деятельность по предоставлению социальных услуг гражданам: - социальная услуга - действие или действия в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Социальное обслуживание – специфический вид профессиональной деятельности, направленной на оказание содействия человеку с целью обеспечения культурного, социального и материального уровней жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или социальной группе для поддержания достоинства и свободного развития личности, оптимизации механизмов социального функционирования индивидов или социальной группы.

Деятельность по оказанию гражданам мер социальной поддержки в виде предоставления государственных социальных услуг включает следующие категории услуг:

<b>Таблица 1.5. Услуги бюджетного сектора</b>	
<p><b>Услуги в сфере здравоохранения</b>            Медицинское обслуживание и сопровождение беременных женщин;            - Патронаж детей до 1 года;            - Разъяснение диагноза и процесса лечения;            - Просвещение по вопросам ухода за больным в постоперационный и реабилитационный период;            - Санитарное и медицинское просвещение (просветительские программы для больных с различными заболеваниями);            - Педагогические, психологические;  <u>Рыночные (платные) услуги:</u>            - Семейный доктор            - Патронаж лежачих больных, больных и инвалидов (обратить внимание!!!)            - Прокат спец инвентаря</p>	<p><b>Образовательные услуги</b> (на примере услуг для детей):            - Услуги дошкольного образования;            - Услуга ухода и присмотра за детьми (детские сады без лицензии);            - Услуги дополнительного образования детей;            - Услуги среднего образования;            - Образовательные услуги для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи;            - Специальное (коррекционное) образовательное учреждение для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья;            Частично рыночные услуги            - Услуги среднего специального, высшего образования (например, образовательный холдинг [Захарова Н.Н.: институт – колледж – школа – детский сад])</p>
<p><b>Услуги в сфере физической культуры и спорта.</b>            - Физическое воспитание детей и взрослых;            - Дополнительное образование детей в части организации физкультурно-спортивной работы;            - Услуги для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями (восстановительные центры);            - Организация и проведение спортивных соревнований;            - Предоставление площадок для занятий спортом и физической культурой;  <u>Рыночные (платные) услуги:</u>            - Фитнесс;            - Специализированные услуги (йога, восточные единоборства, туризм и др.);            - Услуги для занятий экстремальными видами спорта (экстрим-парк, например</p>	<p><b>Услуги в сфере культуры.</b>            - Библиотечное обслуживание населения (самая широкая сеть учреждений культуры, спектр услуг шире чем книгохранение и книгопользование);            - Культурно-досуговые центры (дома культуры и прочее) – клубы по интересам, кружки, концерты;            - Театральные постановки и иные виды представлений;            - Музейная и выставочная деятельность;  <u>Рыночные услуги:</u>            - Концерты; - Фестивали;            - Просмотр художественных, документальных и научно-популярных фильмов (киноклубы);            - Зоосады и ботанические сады, парки и места отдыха, детские площадки.</p>
<p><b>Услуги в сфере социальной защиты, социального обеспечения, социального обслуживания и социальной помощи.</b>            Услуги бюджетного сектора;            - Услуги для престарелых и их семей (геронтологические центры, психоневрологические интернаты, дома-интернаты для престарелых и инвалидов);            - Психолого-медико-социальное сопровождение замещающих семей;            - Реабилитационные услуги для инвалидов (реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями, Центр комплексной реабилитации инвалидов, дома – интернаты для умственно отсталых детей, Центры психолого-медико-социального сопровождения);</p>	

- Консультационные услуги для семей в трудной жизненной ситуации;  
 - Выявление и сопровождение семей, находящихся в социально опасном положении;  
 - Услуги сопровождения специалистами семьям, имеющим в своем составе потенциальных клиентов данных учреждений (инвалидов, престарелых).

**Услуги в сфере социальной защиты, социального обеспечения, социального обслуживания и социальной помощи.**

слуги социального обслуживания: 6) социально-трудоустройство;  
 1) социально-бытовые 7) социально-экономические;  
 2) социально-медицинские 8) социально-правовые;  
 3) социально-психологические; 9) срочные социальные услуги;  
 4) социально-педагогические;  
 5) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности;

**Рыночные услуги:**

- Круглосуточный уход на дому; - Психологическая помощь;  
 - Социальные гостиницы и центры социальной адаптации бездомных;  
 - Консультирование по вопросам возможностей домашней реабилитационной работы. Надомная помощь престарелым с онкозаболеваниями, консультация онкобольных, профилактические консультации (школа здоровья). Трудоустройство инвалидов; Просветительская работа, организация среды общения онкологических больных и т.д.

**Государственные услуги в системе социального обслуживания** делятся на виды: 1) государственные услуги, предоставляемые непосредственно органами исполнительной власти или многофункциональными центрами;

2) государственные услуги, предоставляемые учреждениями социального обслуживания, относящиеся к государственному и муниципальному секторам системы социальной защиты населения.

3) государственные услуги, предоставляемые местными учреждениями социального обслуживания (социальными работниками местных примэрий).

**Первый национальный/региональный уровень государственных услуг** находит конкретное выражение как в реализации законодательных или нормативных актов республиканского значения, так и их адаптации к особенностям тех или иных субъектов страны, что имеет важное значение в

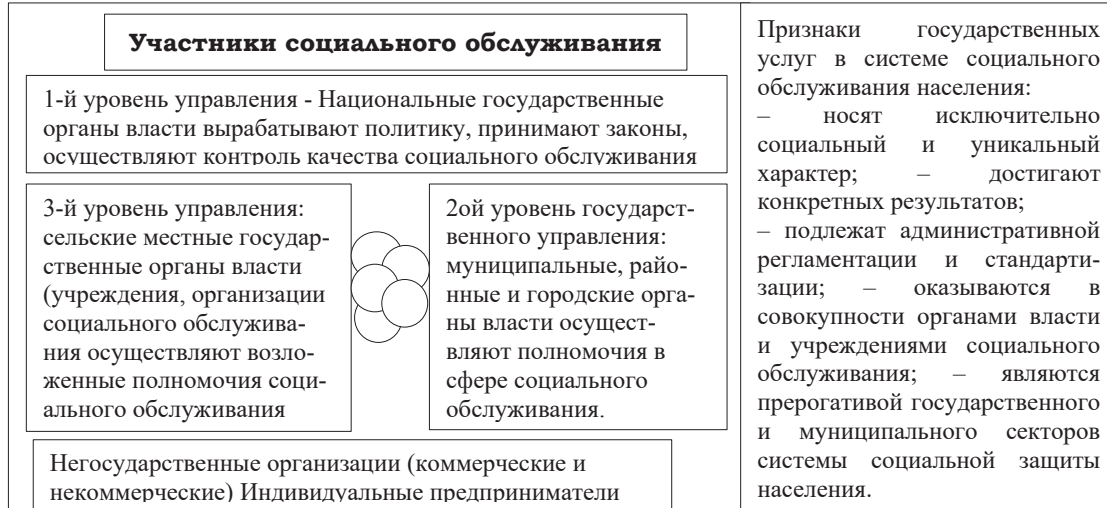
**Второй вид государственных услуг** направлен на достижение таких результатов, как обработка поступившей от заявителей информации и документов, выдача документов, принятие решений, оформление документов и направление их в учреждения социального обслуживания. Как правило, все решения органов исполнительной власти в этой сфере носят правообразующий характер. Например, принятие решения о помещении престарелого гражданина в дом-интернат, геронтологический центр.

**Третий вид государственных услуг** оказывается непосредственно учреждениями социального обслуживания, находящимися в ведении органов исполнительной власти субъектов или органов местного самоуправления. Местный уровень социальных услуг определяется конкретной направленностью на конкретные объекты; осуществляемые главным образом различного рода социальными службами, профессиональными социальными работниками и добровольцами. Индивидуальный уровень - это оказание социальных услуг клиентом на основе его запросов, применения техник и методик индивидуальной работы.

В зависимости от конкретных объектов, социальные услуги могут быть оказаны отдельным индивидам, семьей, или иным слоем (группой), населением в целом. Независимо от уровня и форм предоставления социальных услуг населению, государство оказывает соответствующим субъектам различную помощь в организации их деятельности и в случае такой необходимости.

**Участники социального государственного обслуживания.** Ступенчатость этого конструкта формируется в соответствии с принципами позитивного разрешения общей сферы услуг по уровням субъектам оказания услуг в следующем порядке:

**Первый уровень** – содействие и помощь членам семьи, родственникам, друзьям;



Фигура 1.2. Участники социального обслуживания.

**Второй уровень** – содействие и помощь самоорганизующегося поселенческого сообщества; **Третий уровень** – услуги социальных организации и бизнес структур по месту жительства; **Четвертый уровень** – услуги органов муниципальной власти;

**Пятый уровень** – услуги органов государственной власти районных и соответствующих государственных фондов;

**Шестой уровень** – услуги республиканских государственных органов власти.

**5. Услуги социального обеспечения.** Получатель социальных услуг - гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги; - стандарт социальной услуги - основные требования к объему, периодичности и качеству предоставления социальной услуги получателю социальной услуги, установленные по видам социальных услуг. Услуги социального обеспечения составляют на сегодняшний день несколько групп общественных отношений: 1) услуги по социальному обеспечению граждан в денежной форме (пенсии, пособия, компенсационные выплаты);

2) услуги по предоставлению различных социальных услуг (социальное обслуживание престарелых, инвалидов, детей, семей с детьми, беженцев и вынужденных переселенцев, медицинское обслуживание, льготы для отдельных категорий граждан);

3) процедурные и процессуальные юридические услуги в реализации защиты прав на тот или иной вид социального обеспечения.

Денежные социальные услуги составляют «ядро» предмета права социального обеспечения. Пенсионные услуги включаются в следующие виды пенсий: по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца, за выслугу лет, социальные пенсии.

В системе по обеспечению пособиями выделяют **пособия**: по временной нетрудоспособности, по беременности и родам; женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности; по случаю рождения ребенка; по уходу за ребенком до полутора лет; на детей до 16 лет; по безработице; на погребение; женам военнослужащих, а также иные виды пособий.

Услуги по обеспечению компенсационными выплатами включает: **компенсации** лицам, осуществляющим уход за малолетним ребенком до достижения им возраста 3 лет; компенсационные выплаты лицам, осуществляющим уход за лицом, достигшим 80-летнего возраста, инвалидам I группы, престарелым, нуждающимся по заключению врача в постоянном постороннем уходе; компенсационные выплаты неработающим женам (мужьям) военнослужащих, проживающим вместе с супругом (супругой) в местностях, где они не могут трудиться в связи с отсутствием возможности трудоустройства; компенсационные выплаты на питание детей, обучающихся в государственных, муниципальных общеобразовательных учреждениях, а также в учреждениях начального профессионального и среднего профессионального образования; **компенсационные выплаты** студентам и аспирантам, находящимся в академических отпусках по медицинским показаниям; компенсационные выплаты беженцам и вынужденным переселенцам; компенсационные выплаты лицам, находящимся в вынужденных отпусках без сохранения заработной платы; компенсационные выплаты на детей, находящихся под опекой и попечительством в приемной семье.

Социальные услуги по **социальному обслуживанию престарелых и инвалидов** (стационарное и полустационарное, срочное социальное обслуживание, обслуживание на дому, социально-консультативная помощь, реабилитационные услуги для инвалидов).

- Услуги для престарелых и их семей (геронтологические центры, психоневрологические интернаты, дома-интернаты для престарелых и инвалидов);

**Услуги по социальному обслуживанию семей, имеющих детей**, включают содержание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в специальных детских учреждениях (детских домах, домах-интернатах и т. д.), обслуживание детей инвалидов в домах-интернатах для детей-инвалидов, содержание детей в детских дошкольных учреждениях. Самостоятельным видом социального обеспечения является профессиональная реабилитация инвалидов, которая включает отношения по предоставлению услуг по бесплатному профессиональному обучению или переобучению инвалидов в учебных заведениях как общего, так и специального типа.

**Услуги связанные с транспортным обеспечением инвалидов**, по предоставлению инвалидам протезно-ортопедической помощи, льготные услуги для различных категорий граждан (Герои труда и кавалеры орденов Славы, лица, подвергшиеся воздействию радиации, жертвы политических репрессий, ветераны различных категорий, граждане, награжденные медалью и т.д.

**Медицинские услуги**, лечебно-профилактические лечебно-диагностические, реабилитационные, протезно-ортопедические, зубопротезные, лекарственные и т.д.

- Психолого-медико-социальное сопровождение замещающих семей;

- Реабилитационные услуги для инвалидов (реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями, Центр комплексной реабилитации инвалидов, дома – интернаты для умственно отсталых детей, Центры психолого-медико-социального сопровождения); - Консультационные услуги для семей в трудной жизненной ситуации;

- Выявление и сопровождение семей, находящихся в социально опасном положении;

- Услуги сопровождения специалистами семьям, имеющим в своем составе потенциальных клиентов данных учреждений (инвалидов, престарелых).

**Адресные социальные услуги** предоставляются следующим категориям незащищенных слоев населения: – инвалидам, одиноким пенсионерам — различные социальные услуги, обслуживание на дому; – многодетным, неполным семьям — приоритет во всех видах адресной материальной помощи семьям с низкими доходами.

Основная цель адресных социальных услуг состоит в защите наиболее уязвимых граждан общества от неблагоприятных последствий рыночных преобразований.

Характерным явлением в эволюции социальной политики будет дальнейший перенос центра тяжести адресной социальной защиты на местный уровень: помощь должна быть приближена к потребителю.

Практика предоставления государственных услуг в многофункциональных центрах показывает, что наиболее востребованной группой государственных услуг являются услуги в сфере социальной защиты населения, второе место по степени востребованности занимают услуги в жилищной сфере, далее государственные услуги в сфере образования, и государственные услуги в иных сферах. Эта группа услуг очень разнообразна: выдача архивных справок; услуги в сфере молодежной политики и взаимодействия с общественными организациями; услуги в сфере имущественно-земельных отношений; услуги в сфере торговли; услуги в сфере физической культуры и спорта; услуги в транспортной сфере и др.

### **7. Основные модели оказания социальных услуг.**

Выделяют основные модели практики социальной работы: разрешающая; социально-радикальная; марксистская; психодинамическая; ролевая; гуманистическая; коммуникативная; американская; европейская модели. Разрешающая модель - позволяет устранить либо снижение отрицательного воздействия общества на отдельных его представителей. Ориентирована на оказание помощи всем, кто в ней нуждается и на преодоление негативного отношения к тем, кто нуждается в помощи и к самим социальным работникам. Используется для помощи в семье, микрорайоне, общине.

**Социально-радикальная модель** — модель защиты клиента через развитие его самосознания. Она является частью движения за права человека, против расизма, национализма, предрассудков. В этой модели акцент ставится на роль властных структур, классовую принадлежность, например на развитие социальных потребностей, индивидуальности социального субъекта, клиента.

**Марксистская модель** — рассматривается, как сила способная подвинуть клиента к совместным действиям, повысить его самосознание, самоактуализацию, направленную на позитивные перемены в обществе. Функции социального работника в оказание социальных услуг сводятся к социальному контролю, когда социальный работник выступает в роли социального «адвоката», социального «врача», социального «педагога». Основу такой модели составляют соответствующие учреждения как Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной защиты, Министерство Образования Культуры и Исследования, Министерство Внутренних дел, и т. п.

**Психодинамическая модель** — основана на психоанализе. Социальные услуги целенаправлен на индивидуализацию клиента; оценку специфики его проблемы; диагностику степени ее актуализации; использование не директивной терапевтической технологии оказания помощи. При анализе поведения клиента учитывают то, как он воспринимает и оценивает окружающий мир и свой социальный статус. Эффективно используется в работе с группами риска. **Гуманистическая модель** — помощь клиенту предоставляется путем его убеждения в своей искренней заинтересованности в разрешении его проблем; в положительном отношении к нему; сопереживании; сочувствии к клиенту.

**Ролевые модели** — роль личности рассматривается в социально-психологическом плане. **Модель общения людей**, играющих различные роли: посредника, наставника, друга. **Коммуникативная модель** — основана на выявлении всех связей клиента. Главное расположить клиента к самовыражению и смысловому восприятию.



**Вопросы для самоконтроля:**

1. Назовите сферы и отрасли профессиональной деятельности.
2. Назовите виды услуг сферы обслуживания.
3. Какие виды услуг социальной сферы, Вы знаете?
4. Чем отличаются услуги сферы обслуживания и социальной сферы?
5. Какое значение имеют услуги сферы образования в экономике?
6. Назовите услуги по развитию человеческого капитала.
7. Назовите основные и дополнительные услуги.
8. Что такое услуга в широком и узком понимании?
9. Дайте определение понятия услуги.
10. Назовите критерии классификации услуг.
11. Назовите признаки и свойства услуг.
12. Дайте определение понятия государственные (публичные) социальные услуги.
13. Почему социальные услуги обладают всеми признаками публичных услуг?
14. Назовите государственные и социальные услуги по оказанию гражданам мер социальной поддержки.
15. Какие социальные услуги являются бюджетными и какие рыночные?
16. Почему образовательные услуги являются социальными?
17. Назовите государственные услуги в системе социального обслуживания.
18. Объясните, что представляет собой конструкт: «Участники социального государственного обслуживания»?
19. Что представляет собой услуги социального обеспечения?
20. Назовите и объясните виды услуги социального обеспечения.
21. Назовите основные модели оказания социальных услуг.

**Задания для самостоятельной работы:**

Задание 1. Схематично изобразите структуру социальной работы

Задание 2. а. На чем основывается классификация уровней социальной работы?

Возможны ли иные критерии данной классификации?

б. В чем разница между уровнями и направлениями социальной работы?

в. Каково соотношение между структурной и психосоциальной, индивидуальной и групповой социальной работой?

Задание 3.

Заполните схему «Уровни социальной работы»

Государственные социальные услуги:		
1-го уровня	2-го уровня	3-го уровня

**Литература:**

1. Баркер Р. Словарь социальной работы. М.: 2012;
2. Бернлер Г., Юнссон Л. Теория социально-психологической работы. М., 2012;
3. Большой толковый словарь русского языка. Гл. ред. С. А. Кузнецов. Первое издание: СПб.: Норинт, 1998. Публикуется в авторской редакции 2014 года;
4. Гуревич, П. С. Психология и педагогика [Электронный ресурс] / П. С. Гуревич. – Москва: Юнити-Дана, 2015. – 320 с. – (Учебники профессора П.С. Гуревича). – Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=117117>, для авторизованных пользователей МПГУ. (Дата обращения: 12.11.2019);



5. Ефремова Т. Ф. Современный толковый словарь русского языка, в 3-х тт. / Т. Ф. Ефремова — АСТ, Астрель, Харвест, Lingua, 2005. — 1168 с. — ISBN 5-17-029520-0, 5-17-013734-6, 5-271-12339-1, 5-271-12338-3, 985-13-4715-9;
6. Ерёмин, В. А. Отчаянная педагогика [Электронный ресурс] : монография / В. А. Ерёмин. - Москва: ФЛИНТА, 2019. - 142 с. - Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/123637>, для авторизированных пользователей МПГУ. (Дата обращения: 12.12.2019);
7. Кожухар В.М. К определению содержания образовательной услуги. //Маркетинг в России и за рубежом, 2005. - №3. – С. 31-41;
8. Мардахаев, Л. В. Социальная педагогика: основы профессиональной деятельности социального педагога [Электронный ресурс]: учебник для студентов средних и высших учебных заведений / Л. В. Мардахаев; Российский государственный социальный университет. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2019. – 326 с. – Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=496695>, для авторизированных пользователей МПГУ. (Дата обращения: 12.01.2020)
9. Мудрик А. В. Социальная педагогика в социальных практиках /А. В. Мудрик//Социальная педагогика в социальных практиках сборник материалов Международного симпозиума //н ауч. ред. А. В. Мудрик, Т. Т. Щелина. М.: БУКИ ВЕДИ, 2013. С. 4 8. Г. А. Чешева, В. К. Тельнова, Т. В. Тарнакова;
10. Панкрухин А.П. Маркетинг образовательных услуг // Маркетинг в России и за рубежом, 1997. - №7-8. - С.79-85;
11. Попов Е.Н. Услуги образования и рынок // Российский экономический журнал. — 1992. — № 6. — С. 43-49;
12. Пузанков Д.В., Степанов С.А., Шапошников С.О. Использование принципов всеобщего управления качеством и стандартов серии ISO 9000 в инженерном образовании/Проблемы качества в сфере образования, 1999 № 1.;
13. Пугач В.Н., Кирсанов К.А. Алимова Н.К. Качество образования: приглашение к размышлению Монография М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2011. 195 с.;
14. Руководство по применению стандарта ИСО 9000:2000 в области обучения и образования. – М.: РИА «Стандарты и качество», 2002.;
15. Терещенко Н.Н. Исследование рынка образовательных услуг высшей школы: Монография. — Красноярск: Краснояр. гос. ун-т, 2005. — 267 с.
16. Фирсов М. В., Студенова Е. Г. Теория социальной работы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр В ЛАД ОС, 2011.;
17. Хаксевер, Ж. [и др.]. Управление и организация в сфере услуг [Текст] / Ж. Хаксевер, Б. Рендер, Р.С. Рассел, Р.Г. Мердик. – 2-е международное издание. – Питер, 2002;
18. Холостова Е. И. Социальная работа: Учебное пособие. -- 5-е изд. - М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К", 2012.;
19. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. Под ред. В.П.Колесова и Т.Маккинли. М.: Права человека, 2000.;
20. Чекмарев В.В. Образовательная услуга как экономическая категория // Методическое пособие по курсу «Экономика образования». - Вып.4. - Кострома, 1996. — 33 с;
21. Щетинин В.П. Экономика образования: Учебное пособие / В.П. Щетинин, И.А. Хроменков, Б.С. Рябушкин. М.: - Российское педагогическое агентство, 1998.- 306 с.

## 1.2. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Содержание:

1. Определение понятия сущности «услуг» системы образования.
2. Особенности образовательных услуг.
3. Основные виды образовательных услуг.
4. Классификация образовательных услуг.
5. Обязанности социального работника в системе образования по оказанию социальных услуг.

**1. Определение понятия сущности «услуг» системы образования.** В настоящее время происходит глубинное переосмысление многих научных понятий, в том числе и такого понятия как: ОБРАЗОВАНИЕ. По определению, принятому 20-ой сессией Генеральной конференции ЮНЕСКО, под образованием понимается «процесс и результат совершенствования способностей и поведения личности, при котором она достигает социальной зрелости и индивидуального роста. **Образование это целенаправленный процесс воспитания и обучения в интересах человека, общества, государства, сопровождающийся констатацией достижения гражданином (обучающимся) установленных государством образовательных уровней (образовательных цензов)**». Современность бросает вызов, всем устоям современной жизни, создавая объективные предпосылки для изменения методологических и теоретических основ, в том числе образования и оказания образовательных услуг. Нарождающееся новое образование, необходимо принять, осмыслить и освоить исходя из тех реалий, которые имеют место в действительности. Система образования, как любой сложный объект может структурироваться самым различным образом.

Авторы предлагают следующую структуру:		
- подсистема «образовательные услуги»;	- подсистема «технологическое обеспечение»;	- подсистема «формирование компетенций».

В реальных исследованиях каждая из подсистем может иметь другие названия. Это зависит от того, на какие вопросы отвечает конкретный анализ.

Образовательные услуги рассматриваются в виде вспомогательного средства.

*В частности, образовательные услуги определяются как система знаний, информации, умений и навыков, которые используются в целях удовлетворения разнообразных образовательных потребностей личности, общества, государства. Образовательные услуги в первую очередь обеспечивают реализацию познавательных интересов обучающихся, удовлетворяют потребности личности в ее духовном, интеллектуальном развитии, создают условия для самоопределения и самореализации личности, для развития в человеке истинно человеческого.* Вместе с тем эти услуги выражаются в обучении потенциальных (будущих) и нынешних работников, в формировании, сохранении и развитии их способности к труду; в специализации, профессионализации и росте квалифицированной рабочей силы. Так что образовательные услуги непосредственно участвуют в воспроизводстве разнообразных человеческих способностей к труду.

*Чем больше потребляется образовательных услуг, тем выше объем и качество освоенных знаний, умений и навыков, а потому возрастает качество рабочей силы.* Само же это качество определяется не только тем, сколько и какого качества предоставлено образовательных услуг, а и количеством и качеством собственного труда обучающегося в процессе потребления этих услуг, и степенью реализации личных способностей потребителя.

Вот почему не следует отождествлять комплекс образовательных услуг, предоставленных обучающимся, с тем комплексом знаний, умений и навыков, которые ими приобретены. Если первый — продукт труда педагогов и обслуживающего персонала, то второй — продукт интегрированного труда педагогов и учащегося. Именно поэтому образовательные услуги, а не знания, умения и навыки выпускников, являются продукцией образовательных учреждений [1, с. 35].

Образовательные услуги – экономическая категория, прежде всего. Образовательные услуги в этом контексте - общественное благо. Руководствуясь определениями благ, можно сказать, что услуга — разновидность нематериального блага и т.д. Многоаспектность применения понятийной категории «образовательная услуга» привела к созданию целого ряда смысоопределяющих представлений (табл. 1.5.).

<b>Таблица 1.6. Определение понятия «образовательная услуга» существующие в современной литературе (комментарии авторов исходят из проблематики данной работы)</b>
<b>Определение, авторы</b>
<i>Образовательная услуга: 1) с позиции личности</i> – процесс передачи потребителю знаний, умений и навыков общеобразовательного и профессионального характера, необходимых для удовлетворения его личных потребностей в приобретении профессии, саморазвитии и самоутверждении, осуществляемый в тесном контакте с потребителем по установленной форме и программе; <i>2) с позиции предприятия</i> – процесс профессиональной подготовки (повышения квалификации, переподготовки) кадров, необходимой для обеспечения его работоспособности, поддержания конкурентоспособности и развития в постоянно изменяющихся рыночных условиях; <i>3) с позиции государства</i> – процесс, обеспечивающий расширенное воспроизводство совокупного личностного и интеллектуального потенциала общества. [Банслова В.Б. с. 8: Исследование рынка услуг в области бизнес образования и разработка инструментов их продвижения : автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. – СПб.: ИПК СПбГИЭА, 1999. – 24 с.]
Образовательные услуги – услуги по обучению и воспитанию, то есть действия по передаче обучающемуся информации, направленные на усвоение ее обучающимся в виде знаний, навыков и умений. [Белозеров А. В., с. 10: Понятие и содержание обязательства по возмездному оказанию образовательных услуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. – М., 2000. – 24 с.]
<i>Полезный вид труда, непосредственно удовлетворяющий потребность человека в образовании и как материальн-овещественный продукт, позволяющий удовлетворять образовательную потребность человека самостоятельно (учебники, обучающие программы, пособия и т.п.)</i> [Бурденко Е.В. Права работника. - М.: ИИЦ МГУДТ, 2006.]
Образовательная услуга – экономически и социально значимая категория, представляющая собой действие или деятельность, в процессе которой одно лицо (исполнитель, поставщик, продавец услуги) передает другому лицу (заказчику, покупателю, потребителю услуги) комплекс информации и знаний, нацеленный на развитие личности, духовный и интеллектуальный рост, овладение профессиональными умениями и навыками, приобщение к опыту человечества, воплощенному в определенных научных, культурных и духовных идеях, концепциях и открытиях. [Галайда О. В. [9, с. 167] Экономические аспекты зарубежного опыта предоставления образовательных услуг и возможности его использования в Российской Федерации : дис. ... канд. эконом. наук: 08.00.14. – М., 2008. – 193 с.]
Совокупность результатов образовательного процесса и сопутствующих ему вспомогательных процессов, представленная высшим образовательным учреждением на рынке образовательных услуг и непосредственно направленная на удовлетворение установленных и предполагаемых образовательных потребностей конкретного потребителя. [Данилова Т.В. Методика оценки конкурентоспособности вузов/Качество и конкурентоспособность в XXI веке: материалы V Всероссийской научнопрактической конференции. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. унта, 2006. – С. 55-61.]
Образовательная услуга как объект обязательства представляет собой деятельность образовательной организации по реализации образовательной программы (образовательных программ), соответствующей обязательным требованиям, предусмотренным в установленном законом порядке, которая завершается выдачей документа установленного образца, подтверждающего уровень полученного образования. Образовательная услуга является одним из видов обучения. [Жукова Т. В., с. 9 Договор возмездного оказания образовательных услуг : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. – М., 2004. – 24 с.]
Объем учебной и научной информации как суммы знаний общеобразовательного и специального

характера и практические навыки, передаваемые личности по определенной программе. [Зиннуров У.Г. Маркетинг в деятельности вузов: теория и методы решений. -Уфа: Изд-во УГАТУ, 1993].
Образовательная услуга – комплекс учебной и научной информации, передаваемой гражданину в виде суммы знаний общеобразовательного и специального характера, а также практических навыков для последующего применения. [Зыков В. В., с. 17 Многоуровневая подготовка специалистов в контексте модернизации российского образования : монография / В. В. Зыков. – Тюмень, 2003. – 80 с. ]
Работа отдельного педагога или педагогического коллектива, направленная на целесообразное (предварительно запрограммированное) изменение социально-психологической (в частных проявлениях — профессиональной, квалификационной и т.д.) структуры личности обучаемого. [Кожухар В.М. К определению содержания образовательной услуги. //Маркетинг в России и за рубежом, 2005. - №3. – С. 31-41. Или? С. 108-111. <a href="http://www.mavriz.ru/articles/2005/3/3744.html">http://www.mavriz.ru/articles/2005/3/3744.html</a> ]
<b>Образовательная услуга – совокупность знаний, умений, навыков и определенного объема информации, которые используются для удовлетворения специфической потребности человека и общества в интеллектуальном развитии и приобретении профессиональных умений и навыков.</b> [Липкина Е. Д., с. 10/ Конкурентоспособность вузов на современном рынке образовательных услуг: монография / Е. Д. Липкина. – Омск, 2006.– 136 с.]
Совокупность целесообразной деятельности, удовлетворяющей потребность субъекта в образовании, и промежуточных образовательных продуктов в форме вещи, сопровождающих такую деятельность. [Лукашенко М. Маркетинг и PR в учебном заведении //Высшее образование в России, 2002. - №4. - С.32-40].
<b>Процесс формирования разнообразных способностей человека к труду, т.е. инвестирование в человеческий капитал, принимающий форму комплексного блага</b> [Морозов А. В. Креативная педагогика и психология. – М.: ИНФРА-М, 2004].
Комплекс таких услуг, которые непосредственно связаны с реализацией главных целей образования, осуществлением его. [Панкрухин А.П. Маркетинг образовательных услуг //Маркетинг в России и за рубежом, 1997. - №7-8. - С.79-85].
Образовательная услуга – совершаемая на возмездных началах правомерная деятельность по удовлетворению образовательных потребностей человека, для осуществления которой требуется его активное участие в качестве обучающегося. [Рожков А. И., с. 9 Договор оказания платных образовательных услуг в сфере общего образования: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. – М., 2008. – 25 с]
Образовательная услуга – целенаправленную деятельность, характеризуемую взаимодействием участников образовательного процесса и направленную на удовлетворение образовательных потребностей личности. [Стрижов А. А., с. 48 Понятие качества образовательной услуги в условиях рыночных отношений // Стандарты и мониторинг в образовании. – 1999. – №3. – С. 47–50].
Образовательные услуги не ставят своей целью освоение всей образовательной программы и не завершаются итоговой аттестацией и выдачей документа о соответствующем образовании и (или) квалификации. [Сырых В. М., с. 54 Введение в теорию образовательного права: монография / В. М. Сырых. – М., 2002. – 400 с]
Образовательная услуга – это вид деятельности физического или юридического лица, комплексный процесс, направленный на передачу знаний, умений и навыков общеобразовательного, профессионального характера потребителю, удовлетворение умственных и духовных потребностей человека с целью развития личных, групповых и общественных потребностей. [Хромова К. В., с. 44 Образовательные услуги и их специфика //Всероссийский журнал научных публикаций. – 2013. – № 3 (18). – С. 44-45].
Система знаний, информации, умений и навыков, которые используются в целях удовлетворения многочисленных потребностей человека, общества и государства. [Щетинин В.П., Хроменков Н.А., Рябушкин Б. Г. Экономика образования: Учеб. пособ. — М.: Рос.пед.агент., 1998. — 306 с].

Примеры определений можно продолжить. Осмысливая эти определения, можно выделить ряд характерных черт услуги: - нематериальность;

- неотделимость от субъекта, оказывающего услугу;
- возможность потребления услуги только в процессе ее оказания;
- неэквивалентность услуги и результата ее потребления.

**Нематериальность услуги** характеризует то обстоятельство, что сама по себе услугу нельзя выделить в некоей вещной форме. Например, нельзя каким-либо образом материализовать лекцию преподавателя или урок учителя в том виде и в том объеме, как они

были проведены, не потеряв при этом какие-то составляющие. Разумеется, можно записать их в виде текста, но при этом будут утеряны визуальные и слуховые составляющие. Можно заснять занятия на видео, но будет, конечно, утеряна индивидуальная „настройка“ преподавателя на аудиторию, потеряна „живая реакция“ преподавателя на слушателей/учащихся в случае воспроизведения записи в другой обстановке. Нельзя будет, например, задать вопрос преподавателю для уяснения материала. Материализованная услуга уже собственно услугой и не является, а относится к категории „образовательных товаров“ (термин В.В. Чекмарева). Отсюда, в частности, следует, что нельзя хранить и перемещать услугу, а также осуществлять с ней иные действия, возможные для материального объекта.

Неотделимость от субъекта, оказывающего услугу, по существу, можно рассматривать как невозможность создания услуги в виде какого-либо нематериального объекта, т.е. услуга оказывается, что очень важно, только в процессе деятельности субъекта, эту услугу оказывающего. Прекращение деятельности означает прекращение услуги. Иными словами, если учитель вышел из класса, то его деятельность по оказанию образовательной услуги прекратилась, и прекратилась (прервалась) сама услуга. Соответственно, потреблять можно только оказываемую услугу: прекращение услуги означает одновременно прекращение ее потребления. Учащиеся не могут получать от учителя знания и навыки, если учитель вышел из класса. Самая интересная черта услуги — это неэквивалентность услуги и результата ее потребления. На это обращают внимание немногие исследователи. Иными словами можно сказать: • учитель передает учащимся свои знания, умения и навыки, используя для этого доступные ему средства, приемы и методы, т.е. преобразуя имеющуюся у него информацию в формы, необходимые для ее усвоения учащимися;

- учащиеся воспринимают передаваемые знания в меру своих способностей и особенностей восприятия, формируя у себя (заметим — индивидуально, каждый в отдельности) свое представление о передаваемых знаниях, свои индивидуальные знания, умения и навыки, формируют свой, новый образ воспринимаемой информации.

В процессе передачи знаний от учителя к учащемуся происходит двойное преобразование информации: первый раз в процесс передачи учителем (от собственных представлений в формы, доступные для восприятия), второй — в процессе усвоения учеником, т.е. от доступных для восприятия форм к собственным представлениям учащегося. По оценкам специалистов по теории информации каждое преобразование ведет к потере до 30% информации, т.е. собственные представления учащегося, грубо говоря, могут составить в итоге обучения менее 50% представлений учителя. Поэтому учитель и необходим для ученика, поскольку, используя множество форм, методов и приемов обучения, именно учитель сводит к минимуму эти изменения информации в ходе ее передачи ученику. Поскольку образовательная услуга выступает в качестве результата производства и объекта потребления, то совершенно логично выглядит представление в форме товарообмена процесса ее перемещения от производителя к потребителю (с одновременным потреблением). Иначе говоря, производитель услуги получает денежный эквивалент, а потребитель, заплативший деньги, получает нематериальное благо, представляющее для него некую пользу. Никакой разницы между куплей продажей товаров в виде материальных объектов этот процесс, в общем виде, не имеет. Услуги образования можно отнести к благам, потребляемым для наращивания способностей человека, т.е. для получения возможностей заработать больше денег. Отсюда, кстати, растет и „теория человеческого капитала“ поскольку внешняя видимость расходования средств на повышение способностей (на образование) в виде повышения доходов, весьма похожа на получение прибыли на вложенный капитал.



Капитал — это система, возникающая при соединении и взаимодействии трех элементов: средств труда, предметов труда и рабочей силы (самого труда).

**Образовательную услугу можно (но только можно!) рассматривать, как расходование определенного времени учителя.** Отсюда следует, что чем больше времени учитель посвящает „демонстрации“ своих способностей, тем большую образовательную услугу он оказывает своим ученикам и тем больший прирост способностей они (эти ученики) у себя формируют или, точнее, могут сформировать. Но могут и не сформировать. Можно даже провести некоторые аналогии с услугами, например, артиста. Если исполняется отдельный номер, то именно в течение этого исполнения у зрителей формируется некое восприятие создаваемого художественного образа. Другое дело, что у разных людей образ может сформироваться разный. При исполнении нескольких номеров артист имеет больше возможностей воздействовать на аудиторию. Несмотря на спорность такого утверждения, особенно с использованием приведенной аналогии, именно такой подход позволит в дальнейшем понять проблемы экономики образования, т.е. тех отношений, в которые вступают субъекты по поводу образовательных услуг. Свидетельством этому служат многочисленные публикации отечественных и зарубежных учёных, связанные с этим вопросом.

**2. Особенности образовательных услуг.** Из вышеизложенного следует, что у специалистов не сложилось единого мнения относительно раскрытия содержания понятия «образовательная услуга». Анализируя определения, можно сделать вывод, что понятие образовательной услуги включает две компоненты: результат (услуги в невещественной форме; овеществленная форма образовательных услуг) и процесс предоставления образовательных услуг (деятельность производителя образовательных услуг). Образовательная услуга – это специфический товар, отличный от всех других видов услуг. **Специфические признаки образовательных услуг**, характеризующие их как особый социально-правовой институт: 1) образовательные услуги как услуги социальные реализуют взаимозависимость государственной политики в области образования;

2) государство гарантирует получение каждым бесплатных образовательных услуг в законодательно установленном объеме;

3) содержательное наполнение услуг в области образования обеспечивается образовательными стандартами;

4) контроль качества образовательной деятельности осуществляется с помощью таких режимов, как лицензирование и аккредитация;

5) образовательные услуги характеризуются обязательностью (в определенных конституционными положениями рамках) и общедоступностью их получения. Важнейшее свойство образовательных услуг - обязательность их получения в рамках конституционных норм и действующего законодательства, которое не является типичным для услуг, не относящихся к группе социальных.

Специфика образовательных услуг проявляется в сочетании традиционных характеристик услуг (неосвязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества, несохраняемость) и присущим только им чертам (таблица 2).

<b>Таблица 1.7. Специфические особенности образовательных услуг</b>
<b>Особенность /Характеристика</b>
<b>Сезонность:</b> Организация учебного процесса, который ограничен сроком с сентября по июнь. Сезонный характер носят и подготовительные курсы. Однако система дополнительного образования и повышения квалификации может работать круглый год.
<b>Высокая стоимость:</b> Образовательные услуги обладают высокой потребительской стоимостью, т.к. наращивают потенциал личности, специалиста, а на развитых рынках это выражается в признании высокой стоимости, правомерности высоких цен на них.



<b>Невозможность их непосредственного денежного измерения:</b> Ценовой механизм часто не в состоянии отразить всех затрат на производство образовательных услуг (в материальной сфере их сравнительно легко измерить количественно на единицу продукции).
<b>Относительная длительность оказания последующего использования:</b> Процесс потребления эффекта образовательной услуги растянут во времени на несколько лет (получение первого высшего профессионального образования по различным специальностям может занимать от 4 до 6 лет), а периодом использования полученной услуги может быть вся дальнейшая жизнь потребителя.
<b>Необходимость лицензирования:</b> На основании Кодекса об образовании Республики Молдова «Образовательная деятельность подлежит лицензированию ...».
<b>Конкурсный характер:</b> Данный признак в основном проявляется в большинстве государственных высших учебных заведений. В соответствии Кодексом об образовании Республики Молдова государство гарантирует «на конкурсной основе бесплатность высшего образования, если образование данного уровня гражданин получает впервые».
<b>Взаимодействие преподавателя и слушателя в процессе оказания образовательных услуг:</b> Одной из главных особенностей образовательной услуги является активность потребителя в процессе ее получения. При этом потребитель образовательных услуг претендует на активную роль в ходе производства и оказания образовательных услуг.
<b>Многократность использования:</b> Образовательная услуга может сколь угодно раз тиражироваться производителем.
<b>Невозможность быстро измерить и выявить результат оказания образовательных услуг:</b> Полезный результат может проявиться спустя длительное время, и оценить его можно только с помощью косвенных показателей.
<b>Невозможность гарантии достижения высокого результата образовательной услуги:</b> Результат зависит не только от исполнителя, но и от личных способностей обучающегося (внимательность, старание и трудолюбие и т.п.).
<b>Отсутствие гарантий:</b> С приобретением образовательной услуги потребитель не получает гарантии: можно вернуть товар, но не знания. В основе услуги лежит не сам результат, а действия, которые приводят к результату.
<b>Не имеют вещественного результата:</b> Их результат выражается в знаниях, умениях и навыках, приобретенных обучающимся в процессе оказания услуг. В качестве материального результата образовательной услуги не может рассматриваться той или иной документ об образовании, который только служит подтверждением получения того или иного уровня образования.
<b>Большая степень индивидуализации, эксклюзивности:</b> Их содержание очень сильно зависит от лица, которое такие услуги оказывает. Причем даже не в юридическом смысле (т.е. не от образовательного учреждения, с которым заключен договор), а в реальном, фактическом смысле – от того преподавателя, который ведет занятия.
<b>Многозначность задач, поставленных перед производителями этих услуг:</b> Перед большинством образовательных учреждений поставлено огромное количество, которые они должны выполнить для удовлетворения потенциальных потребителей, и не всегда они конкретно прописаны в законодательстве. В свете последних изменений в сфере образования количество задач и требования к ним постоянно растут.
<b>Находятся под пристальным общественным вниманием и вне рыночным давлением:</b> Данное положение наиболее отчетливо проявляется в рамках политических компаний, в которых вопрос общественного образования обычно рассматривается как элемент обеспечения национальной безопасности, перспективы выживания и развития нации.

**3. Основные виды образовательных услуг.** Перечень видов образовательных, сопутствующих, развивающих и оздоровительных услуг, предоставляемых заказчику (потребителю). **Образовательные услуги:** - подготовка детей дошкольного возраста к школе; - реализация дополнительных общеобразовательных программ (части программы) дошкольного, начального, основного, среднего общего образования;

- изучение учебных дисциплин сверх часов и сверх программ по данным дисциплинам, предусмотренных учебным планом; - реализация образовательных программ среднего профессионального образования (части программы) с частичным и/или полным возмещением затрат за счёт юридических и физических лиц (сверх контрольных цифр приёма);

- углублённое изучение предметов вне рамок базисного учебного плана;

- реализация дополнительных профессиональных программ (части программы);
- преподавание специальных курсов и циклов дисциплин, профессиональных модулей;
- подготовка выпускников образовательных и профессиональных образовательных организаций различного типа и иных граждан к единому государственному экзамену с целью поступления в образовательные организации различного типа;

- репетиторство с обучающимися и воспитанниками других образовательных организаций; - организация курсов по подготовке к поступлению в образовательную организацию, изучению иностранных языков и родного языка;

- организация и проведение краткосрочной профессиональной переподготовки и повышения квалификации соответствующего уровня на основании лицензии;

- программирование и обучение работе на компьютерах; - обучение на разовых семинарах, лекциях, презентациях, мастер-классах и т.п. вне программ основного общего, среднего общего и среднего профессионального образования, не требующих итоговой аттестации и выдачи документов об образовании и (или) квалификации и т.п.

**Развивающие услуги:** - оказание услуг специалистов организации;

- психолого-педагогическое консультирование, диагностика и коррекция;

- оказание методических услуг специалистов организации;

- психологические тренинги, семинары, лекции, презентации, мастер-классы по заявленной проблеме и т.п.; - обучение в кружках, творческих мастерских, клубах по интересам, студиях, театре и т.п.; - проведение праздников, концертов, лекториев, экскурсий, туристических походов, культурно-массовых мероприятий и т.п.;

- создание и реализация различных видов программного обеспечения для персональных компьютеров; - создание и реализация любых видов интеллектуального продукта.

**Оздоровительные услуги:** - организация и проведение Дней здоровья, спортивных и спортивно-зрелищных мероприятий досугового характера;

- организация занятий группы здоровья и/или группы коррекции физического развития;

- проведение секционных и спортивно-оздоровительных занятий по развитию физических качеств, формированию здорового образа жизни, не входящих в основные образовательные программы основного общего, среднего общего и среднего профессионального образования; - оказание лечебно-оздоровительных и кинезиотерапевтических услуг;

- оказание услуг логопедической и дефектологической помощи;

- оказание медицинских (при наличии лицензии) услуг;

- организация профилактических и лечебных мероприятий и т.п.

**Организационные услуги:** - организация досуга обучающихся, воспитанников и иных граждан и юридических лиц; - уход и присмотр за обучающимися, воспитанниками;

- предоставление помещений исполнителя для проведения различного уровня (город, область и др.) соревнований, конкурсов, мастер-классов, ярмарок вакансий рабочих и учебных мест и прочих подобных массовых мероприятий;

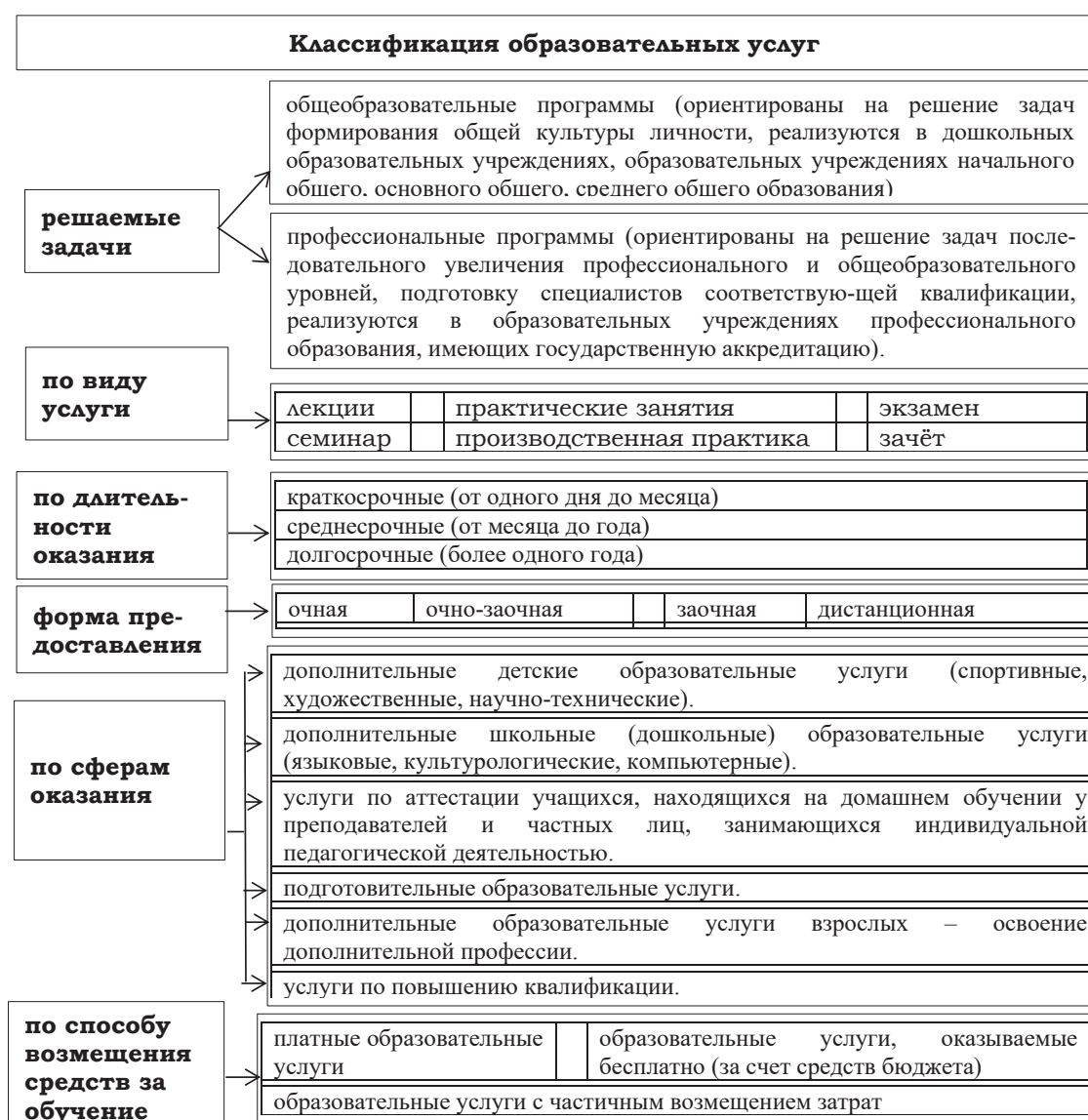
- предоставление физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений населению;

- разработка, проведение экспертизы учебно-программных и учебно-методических материалов; - издательско-полиграфическая деятельность; - копировально-множительные работы; - компьютерное и информационное обеспечение проводимых на базе исполнителя мероприятий; - долевое участие в деятельности других организаций (в т.ч. образовательных организаций, предприятий); - предоставление в аренду (найм) помещений исполнителя;

- пользование учебниками и учебными пособиями обучающимися за пределами республиканских государственных стандартов, образовательных стандартов и/или получающими платные образовательные услуги, а также иными гражданами и организациями;

- оказание услуг учебно-производственной деятельности мастерских, ресурсных центров, типографий, лабораторий и продажа товаров учебно-производственной деятельности;
- организация мероприятий (конференций, семинаров, олимпиад, конкурсов, мероприятий с детьми и др.); - предоставление услуг столовой, актового зала, конференц-залов, спортивных залов, спортивных площадок и других помещений организации;
- организация и проведение мероприятий по спортивно-техническому, научно-техническому, техническому, физкультурно-спортивному, художественно-эстетическому, военно-патриотическому, туристско-краеведческому направлениям; - реализация любых видов интеллектуального продукта; - оказание услуг по информационному обеспечению, созданию интернет-сайтов; - создание мультимедийной продукции (демонстрационных и образовательных роликов, презентаций и др.).

**4. Классификация образовательных услуг.** С учетом перечисленных выше отличительных признаков можно выделить основные виды образовательных услуг.



Фигура 1.3. Классификация образовательных услуг

**Услуги социального обеспечения** – это социальные услуги оказываемые государственными и негосударственными (неправительственными организациями) службами социальной защиты, направленные на улучшение благосостояния нуждающегося населения.

**Образовательные услуги** – это социальные услуги, предоставляемые в сфере (системе) образования.

**Услугами признается деятельность**, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности. Это означает, что при оказании услуг, как правило, не создается объектов материального мира, на которые могли бы распространяться права собственности. Услуги, преимущественно, не имеют овеществленной формы (проще говоря, их нельзя потрогать, примерить, т.е. их нельзя осязать как конкретную вещь), а содержат полезный эффект в самих себе. Итогом услуг являются нематериальные блага (например, определенное состояние лица, достигнутое в результате лечения; полученная необходимая информация; приобретенный уровень образования и прочее.). Образовательные услуги – это услуги, предоставляемые в процессе осуществления образовательной деятельности, результатом которой является достижение гражданами определенного уровня воспитания и обучения. Все услуги, которые оказываются в системе образования, систематизированы и легально закреплены в Кодексе об образовании Республики Молдова по соответствующим параметрам. Классификация услуг включает деление на группы, затем на подгруппы, которые в свою очередь подразделяются на виды в соответствии с целевым функциональным назначением. Согласно законодательству образования, можно говорить о следующих видах услуг в системе образования: - услуги в системе дошкольного воспитания (основные, коррекционные, дополнительные);

- услуги в системе среднего образования (основные, коррекционные, дополнительные);
- услуги в системе высшего образования; - услуги в системе технической подготовки кадров (в том числе – профессиональная реабилитация кадров);
- обучение населения на курсах (в том числе – обучение на курсах иностранных языков; на курсах по вождению автомобилей; на других курсах и в кружках);
- прочие услуги в системе образования (например, репетиторство).

Практическая реализация каждого из перечисленных видов образовательных услуг осуществляется образовательными учреждениями (физическими лицами, занимающимися индивидуальной трудовой педагогической деятельностью) в соответствии с их статусом и целевой направленностью образовательной деятельности. Так, например, услуги в системе дошкольного воспитания предоставляются дошкольными образовательными учреждениями, а услуги в системе высшего образования оказываются высшими учебными заведениями.

**Все образовательные услуги также могут быть разделены на два основных вида: платные и бесплатные.** В соответствии со смысловой направленностью понятия «бесплатное образование» и «платные образовательные услуги» далее будут отождествлять, равно как и понятия «бесплатное образование» и «платные образовательные услуги». Под **бесплатными образовательными услугами** понимаются услуги, оказываемые государственными и муниципальными образовательными учреждениями в пределах основных образовательных программ, финансируемых за счет бюджетных средств, и государственных образовательных стандартов. Из данного определения необходимо выделить три существенных признака. Во-первых, **бесплатные образовательные услуги оказываются государственными и муниципальными образовательными учреждениями.** Во-вторых, **бесплатные образовательные услуги реализуются только по основным образовательным программам, финансируемым из бюджета соответствующего уровня** (национального, регионального, муниципального). В-третьих, **реализация бесплатных образовательных услуг**

*осуществляется исключительно в пределах государственных образовательных стандартов.* Предоставление бесплатных образовательных услуг не регулируется договорными отношениями между потребляющими эти услуги, и соответствующими образовательными учреждениями. К правоотношениям, возникающим в связи с оказанием бесплатных образовательных услуг, нормы гражданского законодательства не применяются. Данные правоотношения регулируются Кодексом об образовании Республики Молдова.

*Платными образовательными услугами принято считать услуги, оказываемые образовательными учреждениями всех видов, а также лицами, занимающимися индивидуальной трудовой педагогической деятельностью, за соответствующую плату.*

Следует отметить, что настоящее определение является общим и не содержит указания на конкретные условия и порядок осуществления платной образовательной деятельности. В связи с этим необходимо внести некоторые уточнения. Во-первых, государственные и муниципальные образовательные учреждения имеют право оказывать платные образовательные услуги: не предусмотренные соответствующими образовательными программами и государственными образовательными стандартами; за счет внебюджетных средств (например, средств сторонних организаций, спонсоров или частных лиц, в т. ч. родителей воспитанников и обучающихся). Фактически это означает, что государственные и муниципальные образовательные учреждения вправе оказывать платные дополнительные образовательные услуги. Во-вторых, негосударственные образовательные организации вправе осуществлять платную образовательную деятельность, как в рамках государственных образовательных стандартов, так и за их пределами, т.е. предоставлять за плату и основные и дополнительные образовательные услуги. Настоящее правило распространяется также на лиц, занимающихся индивидуальной образовательной деятельностью. В третьих, перечень платных образовательных услуг (как основных, так и дополнительных) должен быть в обязательном порядке закреплен в уставах (положениях) образовательных учреждений и организаций.

*Образовательные услуги определяются как разновидность социальных услуг, направленных на удовлетворение потребностей в общих и профессиональных знаниях и умениях. Эти услуги представляют собой действия по обучению, воспитанию и социализации, осуществляемые особыми субъектами в установленных российским законодательством рамках. Выявлены и исследованы признаки, которые характеризуют в целом и образовательные услуги, и социальные услуги: оказываются гражданам в рамках государственной социальной политики; в основном носят безвозмездный характер и финансируются за счет бюджетных средств или средств внебюджетных фондов; имеют нормативную регламентацию; подлежат государственному контролю за качеством их оказания; обеспечивают доступность для каждого гражданина одного из важнейших общественных благ.*

*Целью образовательных услуг является передача, получение знаний, умений, формирование профессиональных навыков и освоение их обучающимся) и субъектного состава (субъектами образовательных услуг являются образовательные учреждения в лице преподавательского состава и обучающиеся, желающие получить образование того или иного уровня). Содержание правоотношений при оказании образовательных услуг определяется спецификой образовательной деятельности, элементами которой являются: обучение, воспитание и социализация. Обучение представляет собой передачу и приобретение новых знаний, умений; воспитание дает приобретение нравственных ценностей и стандартов социально полезного и должного поведения; социализация представляет передачу и приобретение жизненно необходимых навыков, непосредственно связанных с дальнейшим вовлечением лица в сложившуюся в данном социуме систему общественных отношений.*



Образовательные услуги как объект гражданских прав в настоящее время является категорией неопределенной. Существует немало точек зрения на определение понятия образовательных услуг и дальнейшей разработки. Так как образовательные услуги являются объектом гражданских прав, то, прежде всего они должны быть определены на законодательном уровне посредством закрепления в законодательстве нормы, раскрывающей понятие образовательных услуг. Раскрытие содержания дефиниции «образовательная услуга» позволит участникам образовательного процесса точно определять предмет договора об оказании образовательных услуг, обозначить права и обязанности, основания изменения и расторжения договора, ответственность сторон, которые будут служить эффективным механизмом при реализации и охране конституционного права на образование.

### **5. Услуги социального работника в системе образования.**

<b>Таблица 1.8. Обязанности социального работника в системе образования по оказанию социальных услуг.</b>
Изучение потребностей дошкольников и школьников, возможностей их родителей удовлетворить эти потребности
Меры профилактики неблагополучия жизни ребенка (если оно имеется), в семье Изучение явных признаков насилия и жестокого обращения с ребенком, если он часто болеет, не ухожен, подавлен.
Изучение детей с диагнозом «социальная дезадаптация», наблюдение за развитием дошкольника, школьника, обнаружение какие-либо отклонений (физические, познавательные, эмоциональные) и т.д. Привлечение других специалистов — психолога, милиционера, социального педагога, медицинского работника и т.д.
Наблюдение за посещаемостью, успеваемостью, материальным и социальным положением учащихся (в первую очередь из малообеспеченных семей), за их взаимодействием с учителями и ровесниками.
Содействие семьям в преодолении школьных трудностей, возникающих у их детей, с учетом личностной диагностики и анализа сложности обучения.
Проведение работ с педагогическими кадрами в случае обнаружения педагогической и психологической некомпетентности во взаимоотношении с учащимися и их родителей
поддержка детей, исключенных из школы; беседы и консультирование родителей при переводе ребенка на другое место учебы; защита прав детей, являющихся представителями национальных меньшинств, беженцами или переселенцами; выявление детей, которые незаконно работают во время учебы; поддержка детей, получающих образование вне школы
выявление детей для психиатрического освидетельствования и определения форм обучения в психолого-медико-педагогической консультации
оказание социально-психологической, реабилитационной и правовой помощи детям и семьям, находящимся в кризисной ситуации.
Предотвращение и улаживание конфликтных ситуации и социальную изолированность;
Оказание правового просвещения и представление интересов учащихся в судебных инстанциях.
Развитие навыков общения со взрослыми и сверстниками на основе норм нравственности;
Профилактика отклонений в поведении и правонарушениях; Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: — предупреждение безнадзорности, беспризорности, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних, выявление и устранение причин и условий, способствующих этому; — обеспечение защиты прав и законных интересов несовершеннолетних;
Выявление и пресечение случаев вовлечения несовершеннолетних в совершение преступлений и антиобщественных действий
Восстановление утраченных контактов с семьей, внутри семьи;
Оказание содействия подросткам в получении работы, соответствующей их возможностям, интересам, потребностям, а также в профессиональной ориентации и получении профессии; вовлечение детей в разнообразные виды деятельности в школе и вне школы;
Социальный патронаж семей, в которых проживают опекаемые дети, до достижения ими совершеннолетия.
Оказание помощи детям в овладении знаниями о жизни, определение (трудовое, на инвалидность, на дальнейшую учебу в лицеи) после окончания школы;



Услуги социального работника в системе образования – являются также образовательными услугами, потому что они направлены на улучшение условий обучения детей и предоставляются именно в системе образования, социальным работником системы образования. **Основная задача деятельности в системе образования:** - социально-педагогическая реабилитация несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении. **Этапы профессионального функционирования специалиста по социальной работе в образовательных учреждениях:**

- изучение условий жизни учащихся, составление социальных паспортов: школы (состав учителей, уровень их образования и квалификации, материальная база школы и др.);
- семей обучающихся (состав родителей, сфера их занятости, образовательный и социальный уровень и т.д.);
- изучение медицинских карт детей, учащихся, медицинских диагнозов и психологических и педагогических заключений;
- формирование системы адресной социальной помощи нуждающимся в ней школьникам и координация усилий специалистов образовательных и социальных учреждений, причастных к решению проблем детей «группы риска»;
- выявление существующих форм взаимодействия школы и родителей, семьи и учреждений дополнительного образования, родителей и детей;
- разработка программы оптимизации взаимодействия школы и родителей по совершенствованию социальной поддержки учащихся.

Методы воспитания, применяемые специалистами в образовании: убеждение — формирование сознания личности способствует выработке гуманистических взглядов и личных убеждений, которыми руководствуется личность в своем поведении; формирование необходимых жизненных навыков, стимулирование деятельности и поведения индивида; поощрение и организация познавательной, практической деятельности и поведения.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Определите понятие сущности «услуг» в системе образования.
2. Что представляет собой образование?
3. Какова сущность и структура образовательных услуг?
4. Дайте определение образовательной услуги в современной литературе.
5. Что обеспечивают образовательные услуги?
6. В чем выражаются образовательные услуги?
7. В чем суть нематериальности образовательной услуги?
8. Почему образовательную услугу можно рассматривать, как расходование определенного времени учителя?
9. Опишите особенности образовательных услуг.
10. Назовите специфические признаки образовательных услуг.
11. Чем отличаются образовательные услуги от социальных?
12. Назовите критерии классификация образовательных услуг.
13. В чем разница образовательных услуг и социального обеспечения?
14. Что представляют собой бесплатные образовательные услуги? Кому они предоставляются?
15. Назовите виды бесплатных образовательных услуг.
16. Кем предоставляются бесплатные образовательные услуги?
17. Что представляют собой платные образовательные услуги?
18. Почему платные услуги называются дополнительными?
19. Почему образовательные услуги определяются как разновидность социальных услуг?
20. Назовите цели образовательных услуг.

21. Что представляет собой обучение и воспитание как образовательная услуга?
22. В каких документах содержится содержание образовательных услуг?
23. Опишите обязанности социального работника в системе образования по оказанию социальных услуг.
24. Назовите услуги, предоставляемые социальным работником системы образования.
25. Кому предназначаются услуги, предоставляемые социальным работником системы образования?
26. Опишите этапы профессионального функционирования специалиста по социальной работе в образовательных учреждениях.
27. Назовите нормативно-правовые акты, защищающие права детей. государственного значения о социальной защите населения.
28. Охарактеризуйте деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях дошкольного и школьного образования.
29. Можно ли назвать психопедагогические и кинезиологические услуги – социальными? Почему?

### Задания для самостоятельной работы:

Задание 1. Заполните таблицу:

Перечень видов образовательных услуг предоставляемых заказчику (потребителю). Услуг:				
общих	сопутствующих	развивающих	коррекционных	оздоровительных

### Практическая работа

Раскройте содержание основных компонентов процесса своей будущей профессиональной деятельности по таблице.

Компоненты	Содержание
Цель	
Задачи	
Профессионально важные качества субъекта деятельности	
Средства педагогической профессиональной деятельности	
Предметы труда педагогического воздействия	
Технологические операции и переходы	
Продукты (результаты) педагогической деятельности	

### АНКЕТА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО АБИТУРИЕНТА

#### Часть I — параметрические характеристики абитуриента

1. Ваш пол \_\_\_\_\_ 2. Ваш возраст (полное количество лет) \_\_\_\_\_
3. Учебное заведение, в котором вы обучаетесь в настоящее время \_\_\_\_\_
4. Категория студентов, к которой вы себя относите (подчеркните нужное): «отличник», «хорошист», «троечник».
5. Уровень доходов вашей семьи (подчеркните нужное): «высокий», «средний», «низкий».
6. Количество членов вашей семьи \_\_\_\_\_ человек, в том числе работающих \_\_\_\_\_ человек.
7. Укажите величину ежемесячного среднедушевого дохода вашей семьи \_\_\_\_\_ лей. Для этого нужно сложить все доходы (зарплаты, пенсии, пособия, стипендии и т.д.) и разделить полученную сумму на количество членов семьи.
8. Назовите специальность, которую вы хотите приобрести в вузе \_\_\_\_\_
9. Назовите вуз, в который вы учитесь \_\_\_\_\_
10. Вуз, в котором вы намереваетесь поступить в дальнейшем \_\_\_\_\_
11. Назовите специальность, которую вы хотите приобрести в будущем \_\_\_\_\_
12. Какой из трех приведенных ниже стратегий вы придерживались (подчеркните нужное):  
 а) сначала определился с направлением подготовки (экономическое, инженерное, педагогическое и т.д.), затем выбрал вуз, который осуществляет подготовку по данному направлению, а потом конкретную специальность (экономист, бухгалтер, финансист и т.д.);

- б) сначала выбрал вуз, в который буду поступать, а потом конкретную специальность;  
 в) сначала определился с конкретной специальностью, затем выбрал вуз, который осуществляет по ней подготовку.  
 13. Где вы намереваетесь работать? В Республике Молдова или зарубежном?  
 14. В каких учреждениях, дошкольного \_\_\_ школьного образования \_\_\_ государственного управления?  
 15. В государственном секторе \_\_\_\_\_ частном секторе \_\_\_\_\_  
 16. Есть ли возможность самостоятельно трудоустроиться?  
 17. Какие виды образовательных услуг вы намереваетесь предоставить после окончания вуза?  
 18. Другие виды услуг, какие \_\_\_\_\_

### Часть II — информация для составления «мотивационного профиля»

#### Инструкция к тесту

С целью выявления факторов, обуславливающих выбор вами вуза, ответьте пожалуйста на приведенные ниже вопросы теста. В основу теста положено сопоставление значимости ряда мотивационных факторов, представляющих важность с точки зрения Вуза в котором вы учитесь. Для получения наилучших результатов на вопросы следует отвечать быстро, не раздумывая подолгу.

Следует внимательно читать каждое утверждение вопросника и вписывать свои оценки.

Вам нужно распределить 11 баллов между пятью вариантами каждого из утверждений, обозначенного буквами а, б, в, г и д.

Если вам кажется, что из пяти факторов для вас значим лишь один, присудите ему все 11 баллов, а четырем остальным — по нулю.

Если значимыми являются два фактора, распределите между ними 11 баллов и т.д.

То есть неважно, каким образом вы будете распределять баллы между пятью вариантами, главное, чтобы оценки важности каждого варианта утверждения в сумме составляли 11 баллов.

### ТЕСТ

<b>1. Для меня важно, чтобы вуз:</b>	<b>2. Мне понравилось, что в вузе:</b>
а) был государственным;	а) проводились Дни открытых дверей;
б) оказывал образовательные услуги на высоком уровне;	б) применялась система скидок и надбавок на платные образовательные услуги;
в) имел хорошую репутацию;	в) внедрялись новые образовательные технологии;
г) оказывал содействие в трудоустройстве выпускников;	г) функционировала молодежная «Биржа труда»;
д) учитывал при подготовке специалистов мнение работодателей.	д) организовывались вечера отдыха, дискотеки.

#### 3. Важно, чтобы в вузе были:

- а) налаженные связи с работодателями;  
 б) современные сложившиеся условия проживания в общежитиях;  
 в) высококвалифицированные преподаватели;  
 г) обоснованные цены за образовательные услуги;  
 д) спортивный зал, спортивные площадки.

#### 4. Я приложу все усилия для успешного обучения в вузе, который:

- а) систематически проводит предметные олимпиады, научные конференции;  
 б) предоставляет иногородним студентам места в общежитии;  
 в) располагает значительным количеством бюджетных мест;  
 г) готовит специалистов, востребованных на рынке труда;  
 д) систематически информирует население с помощью СМИ о предстоящих и осуществленных инновациях.

#### 5. Я считаю важным, чтобы вуз через СМИ:

- а) проводил разъяснительную профориентационную работу по перечню выпускаемых специальностей;  
 б) информировал население о стратегии формирования цен за платные образовательные услуги;  
 в) информировал население о результатах комплексной оценки качества образовательных услуг;  
 г) информировал население о востребованности выпускников в разрезе специальностей;

д) информировал население о наиболее значимых мероприятиях.

<b>6. При выборе вуза я ориентировалась (ориентировался) прежде всего:</b>	<b>7. Престижность вуза ассоциируется у меня:</b>
а) на уровень конкурса;	а) с широкой известностью;
б) на стоимость обучения;	б) с высокой востребованностью выпускников;
в) на качество преподавания;	в) с высоким конкурсом при поступлении;
г) на престижность образовательного учреждения;	г) с высоким качеством образовательных услуг;
д) на свою профессиональную пригодность.	д) с доступной стоимостью образовательных услуг.

**8. Не думаю, что я стал (а) бы поступать в вуз:**

- а) негосударственный;
- б) малоизвестный (с сомнительной репутацией);
- в) не имеющий лицензии на осуществление образовательной деятельности;
- г) арендующий учебные помещения;
- д) не отслеживающий статистику трудоустройства выпускников.

**9. Я предпочел (ла) бы учиться в вузе, в котором:**

- а) ведется преподавание на высоком уровне;
- б) результаты обучения принимаются во внимание при трудоустройстве выпускников;
- в) постоянно ведется работа по формированию положительного имиджа;
- г) применяется гибкая система оплаты образовательных услуг;
- д) имеется современная материально-техническая база.

<b>10. Основным критерием выбора вуза считаю:</b>	<b>11. Не думаю, что при выборе вуза не приму во внимание:</b>
а) высокий уровень обеспечения местами в общежитиях;	а) отсутствие лицензии на право оказания образовательных услуг;
б) профиль подготовки специалистов;	б) мнение авторитетных для меня людей;
в) стоимость обучения на коммерческой основе;	в) востребованность выпускников и качество их трудоустройства;
г) известность в городе;	г) развитость социально-культурной базы;
д) качество подготовки специалистов.	д) величину доходов в семье.

### **Литература:**

1. Доэл, М., Шадлоу, С. Практика социальной работы. – М.: Аспект-Пресс.– 1995.– С. 237.
2. Ларионова И. А. Социально-педагогические задачи. Издательство: Владос серия: Учебное пособие для ВУЗов. Год издания: 2008 ISBN: 978-5-691-01692-9
3. Менеджмент социальной работы: учеб. пособие для студ. высш. учебн. заведений / Под ред. Е.И. Комарова и А.И. Войтенко. – М.: Издательство ВЛАДОС. –2018. – С. 231–255.
4. Пучков Е. А. Правовое регулирование договора возмездного оказания услуг : дисс. канд юрид. наук. - М., 2006. - С. 78.
5. Поддубная Т. Н. Социальная защита детства в России и за рубежом [Текст] : учеб. пособие / Поддубная Т. Н. - М.: Академия, 2008. - 318 с.
6. Потапенко В.С. Образовательная деятельность и образовательные услуги: соотношение понятий // Журнал российского права. - 2009. - № 3. - С. 15-21.
7. Социальная работа [Текст] : учеб. пособие / Басов Н. Ф., Басова В. М., Бойцова С. В. и др. ; под ред. Н. Ф. Басова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Дашков и Ко, 2016. - 351, [1] с. – (Учебные издания для бакалавров).
8. Социальная работа с различными группами населения.: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и спец. «Социальная работа» / Басов Н.Ф., Басова В.М., Бойцова С.В. и др.; под ред. Н.Ф. Басова. - М.: КНОРУС, 2016. С. 528.

### 1.3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ.

Содержание:

1. Дополнительное образование как составная часть общего образования.
2. Миссия, цели, функции и принципы дополнительного образования.
3. Типы учреждений дополнительного образования.
4. Принципы содержания дополнительных программ.
5. Критерии классификации видов услуг дополнительного образования.

Эммануил Ильенков как-то сказал: «Каждый ребенок есть однажды случающееся чудо!», и мы в своей деятельности исходим из того, что каждый ребенок талантлив по своему, только нужно разглядеть его, помочь проявиться. И в этом, огромную роль играет семья, школа и учреждения дополнительного образования.

#### **1. *Дополнительное образование как часть общего образования. Образовательные услуги могут быть как основными, так и дополнительными.***

К *основным образовательным услугам* относятся услуги, предоставляемые по основным образовательным программам. Обязательный минимум содержания основных образовательных программ определяется государственными образовательными стандартами, которые устанавливают (центральные) органы государственной власти и управления в рамках их компетенции.

Авторы Ефимова К. Е., Митина А. А., Леонтович В.В., Пенягина В.И., Рыбалева И.А., Юнак В.В., в своих научных работах, утверждают, *что услуги учреждения дополнительного образования – это результаты (продукты) деятельности коллектива учреждения дополнительного образования* по различным направлениям: дополнительное образование детей и взрослых, а именно кружковая, клубная деятельность, разработка творческих инновационных проектов, и видам социально культурной деятельности (организация и проведение районных, городских, региональных, республиканских, международных конкурсов, конференций, форумов, выставок и других мероприятий., которые призваны выполнять такие функции как коммуникативная, информационно-просветительская, культур творческая, рекреативно-оздоровительная, развивающая, идеологическая, определяющие миссию дополнительного образования в современном обществе. Дополнительные образовательные услуги рассматривается как:

- *процесс свободно избранного ребенком освоения знаний*, способов деятельности, ценностных ориентаций, направленный на удовлетворение интересов личности, ее предпочтений, склонностей, способностей и содействующий ее самореализации, культурной и социальной адаптации;

- *специфическая органическая часть системы общего образования*, представляющая собой процесс и результат становления личности ребенка в условиях развивающей среды, предоставляющей детям интеллектуальные, психолого-педагогические, образовательные, развивающие услуги на основе свободного выбора и самоопределения;

- *процесс добровольно избранного ребенком освоения вида деятельности* и области знания, выходящих за рамки обязательного (общего, начального, профессионального) образования, направленный на удовлетворение его интересов склонностей, способностей, содействующий саморазвитию, самообразованию, самореализации и самоопределению человека;



- *неотъемлемая часть системы непрерывного образования*: непрерывное, вариативное, разно уровневое, превышающее базовый компонент образования, реализуемое личностью в свободное время и призванное обеспечить ребенку дополнительные возможности для духовного, интеллектуального и физического развития, удовлетворения творческих и образовательных потребностей;

- *особое образовательное пространство*, где объективно задается множество отношений, где не только осуществляются специальные развивающие познавательные игры и освоение опыта исполнительского мастерства, творчества и эмоционально-ценностных отношений обучающихся, но и расширяются возможности для жизненного самоопределения детей и подростков;

- *деятельность детей и взрослых* за пределами регламентированного учебно-воспитательного процесса: досуг свободного времени, занятия детей в школьных кружках и клубах во внеурочное время, во внешкольных учреждениях, в лагерях, походах и в каникулярный период, регламентировано временем и формами организации жизни, принципом добровольности и интереса детей.

*Термин "дополнительное образование" до сих пор не имеет научного определения*, однако «Педагогический энциклопедический словарь», 2003 года, гласит: «*Дополнительного образования детей – составная часть системы образования и воспитания* детей, подростков, учащейся молодежи, ориентированная на свободный выбор и освоение учащимися дополнительных образовательных программ».

Дополнительное образование в советское время называлось также «внешкольным», т.к. было призвано, в первую очередь, дополнять систему школьного образования и воспитания детей и юношества. В советской системе внешкольное образование являлось главным направлением образовательной политики государства. Услуги современной системы дополнительного образования для детей и юношества в значительной степени разнообразнее, чем это было в советском прошлом.

*Сфера дополнительного образования детей создает особые возможности для развития образования в целом, в том числе для расширения доступа к глобальным знаниям и информации, опережающего обновления его содержания в соответствии с задачами перспективного развития страны.* Фактически эта сфера становится инновационной площадкой для обработки образовательных моделей и технологий будущего.

Дополнительное образование детей – целенаправленный процесс воспитания, развития личности и обучения посредством реализации дополнительных образовательных программ, оказания дополнительных образовательных услуг и информационно-образовательной деятельности за пределами основных образовательных программ в интересах человека государства.

*Учреждения дополнительного образования детей являются ресурсными центрами* решения современных задач, ибо располагают такими значимыми ценностями, как доминирование воспитательных и развивающих возможностей образовательного материала над их информационной насыщенностью, ориентация на интеллектуальную инициативу ребенка, доминирование собственной исследовательской практики над репродуктивным усвоением знаний, паритет заданий открытого и закрытого типа, гибкость и пере структурирование содержания деятельности в соответствии с динамикой познавательных потребностей детей, ориентация на самостоятельность в поисково проектной деятельности, формирование способности ребенка к само реабилитации в процессе собственных идей, социальная предьявленность, децентрация.

## **2. Миссия, цели, функции и принципы дополнительного образования.**

*Миссия дополнительного образования* сформулирована как наиболее полное обеспечение права человека на развитие и свободный выбор различных видов деятельности, в которых происходит личностное и профессиональное самоопределение детей и подростков.

Дополнительное образование позволяет расширить поле свободного выбора учащихся в соответствии с их потребностями и интересами.

В отличие от школы, сфера дополнительного образования расширяет поле социализации ребенка, имеет разные направления, выходит на другие факторы влияния (семья, общение, социальная помощь и защита, молодежная политика, здравоохранение, безопасность, охрана общественного порядка, образование, досуг, культура, спорт и др.).

### ***Цель дополнительного образования:***

- формирование и развитие творческих способностей детей и взрослых, а в качестве основных задач:

- удовлетворение их индивидуальных потребностей в интеллектуальном, нравственном и физическом совершенствовании,

- формирование культуры здорового и безопасного образа жизни,

- организацию их свободного времени.

- адаптацию детей к жизни в обществе,

- профессиональная ориентация молодежи,

- выявление и поддержка детей, проявивших выдающиеся способности.

### ***Функции учреждений дополнительного образования (УДО).***

*Социальная функция* УДО направлена на удовлетворение:

– социального спроса (требования социума, формирующиеся на стыке культуры, образования и здоровья населения);

– родительского спроса (представления о том, что необходимо или что недостает их ребенку: занятость по времени, предпрофессиональная подготовка, образование по дополнительным предметам, решение проблем неполной семьи, престижность занятий, здоровье);

– детского спроса удовлетворение потребности познавательного и личностного развития (общение, досуг и времяпровождение), детский спрос динамичен, поскольку он меняется в ходе развития ребенка;

– экономического спроса возможность заработка (основного, дополнительного, с неполным рабочим днем и т. д.) для взрослых и предпрофессиональная подготовка для детей;

– правоохранительного спроса профилактика девиантного и асоциального поведения детей.

### ***Психологическая функция УДО:***

а) развивающая создание образовательной среды, обеспечивающей условия для физического и психического развития детей (реализация детских интересов, приобретение умений и навыков) ребенок, не имея возможности проявить себя в семейной и в школьной среде, может проявить себя в УДО и в плане развития, и в плане самоутверждения;

б) социализирующая общение со сверстниками, самоутверждение, самоопределение, в том числе попробовать найти себя в разных видах деятельности, обогащение общественным опытом, становление ребенка как личности, приобретение возможности и способности быть не только объектом, но и субъектом социальных воздействий и взаимодействий;

в) компенсаторная психологическая компенсация неудач в семье, в школе;

г) релаксационная возможность отдохнуть от жесткой регламентации поведения в семье и в школе; д) консультационная для педагогов, родителей и детей.

**Образовательная функция УДО:**

а) образование по дополнительным предметам, т. е. предметам, дополнительным к стандартному перечню учебных предметов общеобразовательных учреждений;

б) профессиональное самоопределение и преддверие профессионального образования (например, дизайн студия, фотостудия, авиа -, авто -, судо- моделирование);

в) обучение, которое удовлетворяет познавательный интерес каждого ребенка.

Отсутствие обязательного образовательного стандарта в УДО дает возможность педагогу не ставить акцент на результативной стороне учебного процесса, а строить обучение по принципу «процесс ради процесса», «учение ради учения», е. следовать природе познавательного развития ребенка.

Дополнительными образовательными услугами, соответственно, считаются услуги, осуществляемые по дополнительным образовательным программам.

**3. Типы учреждений дополнительного образования**

**Учреждения дополнительного образования детей по формам собственности подразделяются на:**

Государственные	республиканские государственные	Муниципальные	Негосударственные
-----------------	---------------------------------	---------------	-------------------

Дополнительное образование подразделяется на общее дополнительное образование и дополнительное профессиональное образование.

**Таблица 1.9. Учреждения дополнительного общего образования**

Дворцы детского творчества	Дома детского творчества	Центры
Школы (по различным областям науки и техники)	Детские стадионы	Клубы
Спортивные школы	Станции юных натуралистов	Студии
Детские оздоровительно-образовательный лагеря	Станции юных техников	Кружки
Музей (детского творчества, литературы и искусства).	Детский парк	Галереи
Ансамбли, оркестры	Лаборатории	Бассейны

Дополнительные общеразвивающие программы реализуются как для детей, так и для взрослых.

**Таблица 1.10. Типы учреждений дополнительного образования:**

<b>К учреждениям дополнительного общего образования относятся</b>	<b>К учреждениям дополнительного профессионального образования относятся</b>
- Клубы; - Дворцы; - Станции; - Музыкальная и художественная школы и т.д.	Учреждения высшего и среднего профессионального образования, академии, институты повышения квалификации: учебные центры профессиональной переподготовки, межотраслевые региональные центры повышения квалификации, курсы (школы, центры).
<b>Дополнительные общеобразовательные программы подразделяются на:</b>	
<b>Общеразвивающие программы</b> реализуются как для детей, так и для взрослых.	<b>Дополнительные предпрофессиональные программы</b> предпрофессиональные программы в сфере искусств физической культуры и спорта реализуются только для детей

В учреждениях общего дополнительного образования в частности обучаются дети и подростки в возрасте до 18 лет, с целью общего культурного эстетического развития. В учреждениях дополнительного профессионального образования повышают квалификацию и проходят профессиональную переподготовку взрослые, с целью приобретения и расширения новых профессиональных знаний.

При учреждениях высшего и среднего профессионального образования могут создаваться структурные подразделения, которые ведут свою деятельность по двум направлениям:

- повышение квалификации, профессиональная переподготовка и подготовка педагогических кадров, находящихся в ведомствах высших и средних профессиональных учебных заведений (институты, факультеты);

- Повышение квалификации, профессиональная переподготовка специалистов проводится: в учреждениях высшего профессионального образования эти функции выполняют факультеты, межотраслевые региональные центры, курсы повышения квалификации; в учреждениях среднего профессионального образования (к ним относятся отделения повышения квалификации и профессиональной переподготовки, и курсы повышения квалификации).

<b>Таблица 1.11. Дополнительное образование детей как педагогическое явление обладает целым рядом качеств, которых нет (или они слабо выражены) у основного:</b>	
личностная ориентация образования	Разноуровневость
практическая направленность	профильность
многофункциональность	мобильность
разнообразие содержания, форм, методов образования как следствие свободы педагога, работающего в такой системе;	
индивидуализация методик образования как необходимое условие спроса;	
реализация воспитательной функции обучения через активизацию деятельности учащихся;	
реализация ориентационной функции через содержание учебного материала.	

Учреждения, имеющие лицензию, могут вести образовательную деятельность в сфере дополнительного образования и взрослых и детей, независимо от возраста, в учреждениях различных типов и организаций.

При наличии такого типа учреждения дополнительного образования, возрастные рамки в них не устанавливаются. К таким учреждениям можно отнести: дома знаний, учебные центры, народные университеты, институты непрерывного образования и т.д.

#### **4. Принципы содержания дополнительных программ.**

К дополнительным образовательным услугам относятся образовательные программы различной направленности, реализуемые:

- в общеобразовательных учреждениях и образовательных учреждениях профессионального образования за пределами определяющих их статус основных образовательных программ;

- в образовательных учреждениях дополнительного образования (в учреждениях повышения квалификации, на курсах, в центрах профессиональной ориентации, музыкальных и художественных школах, школах искусств, домах детского творчества, на станциях юных техников, станциях юных натуралистов и в иных учреждениях, имеющих соответствующие лицензии);

- посредством индивидуальной трудовой педагогической деятельности.

Деятельность учреждений дополнительного образования детей строится на таких принципах, как полифункциональность, интегративность, многоуровневость, открытость, вариативность образовательных программ, добровольное посещение занятий, взаимообучение, индивидуальный подход к воспитаннику, дифференцированность, возможность выбора роли в совместной деятельности, комфортность.

*Содержание дополнительных программ* определяется образовательной программой, разработанной и утвержденной организацией, осуществляющей образовательную деятельность, в соответствии с государственными требованиями».

*Учреждение дополнительного образования (УДО) осуществляет деятельность, связанную с оказанием услуг* (выполнением работ), относящихся к его основным видам деятельности, в соответствии с социальными требованиями выдвигаемыми муниципальными

органами власти. В системе дополнительного образования реализуются программы дополнительного (непрофессионального) образования следующих направленностей:

1. Художественная.
2. Естественнонаучная
3. Туристско-краеведческая.
4. Физкультурно-спортивная.
5. Социально-педагогическая.
6. Техническая, легоконструирование, судо, авиа-моделирование, 3D-моделирование, студии деревообработки, мультимедиа, авто, радио, робо и киборг техника.

В настоящее время популярны центры мультимедиа, в которых дети пишут тексты, снимают мультфильмы, монтируют сюжеты, выступают в роли журналистов, фотографов. естественнонаучные клубы, химические лаборатории, студии Брейк-данса, народной хореографии и направления VOUGE, йога-классы. jazz-band, Вокально-инструментальные ансамбли, музыкальное творчество, студии декоративно-прикладного творчества, изготовления керамических изделий, студии деку пажа, бисеропления, вышивки.

**Вариативность образовательных программ**, выработка подходов к организации индивидуальной работы с воспитанниками, сочетание ее с групповыми и массовыми формами работы, возможность использования различных методов и технологий в условиях учебно-воспитательного процесса, мотивация детей к саморазвитию и самореализации, открытость среды, возможность формирования, обогащения социального опыта, активный неформальный диалог это те немногие особенности среды, которые позволяют проектировать ее как элемент социальной среды.

**Принципы организации деятельности учреждений дополнительного образования:**

1. «Дополнительные общеобразовательные программы для детей должны учитывать возрастные и индивидуальные особенности детей», т.е. речь идет о принципах дифференцированного (по возрасту) и индивидуального подхода.

2. К освоению дополнительных общеобразовательных программ допускаются любые лица без предъявления требований к уровню образования, если иное не обусловлено спецификой реализуемой образовательной программы» – это принцип доступности.

3. Содержание дополнительных общеразвивающих программ и сроки обучения по ним определяются образовательной программой, разработанной и утвержденной организацией, осуществляющей образовательную деятельность.

4. **Принцип вариативности программ** дополнительного образования, не ограниченных государственными образовательными стандартами.

5. **Принцип добровольности и демократичности**, т.к. участие в общеразвивающих и предпрофессиональных программах дополнительного образования строится исключительно на желании участников, а демократичность подразумевает иной стиль отношений, меньшую межличностную дистанцию между педагогом и обучающимся по сравнению с другими подсистемами образования.

Образовательная деятельность по дополнительным общеобразовательным программам направлена на:

- формирование и развитие творческих способностей учащихся;
- удовлетворение индивидуальных потребностей учащихся в интеллектуальном, художественно-эстетическом, нравственном и интеллектуальном развитии, а также в занятиях физической культурой и спортом;
- формирование культуры здорового и безопасного образа жизни, укрепление здоровья учащихся;
- обеспечение духовно-нравственного, гражданско-патриотического, военно-патриотического, трудового воспитания учащихся;



- выявление, развитие и поддержку талантливых учащихся, а также лиц, проявивших выдающиеся способности; - профессиональную ориентацию учащихся;
- создание и обеспечение необходимых условий для личностного развития, укрепление здоровья, профессионального самоопределения и творческого труда учащихся;
- социализацию и адаптацию учащихся к жизни в обществе;
- формирование общей культуры учащихся;
- удовлетворение иных образовательных потребностей и интересов учащихся, не противоречащих законодательству Молдовы.

В учреждении дополнительного образования в качестве продукта выступают различные услуги, предоставляемые им в соответствии с его миссией. Особое внимание заслуживает потребитель этих услуг, присутствие которого является обязательным, иначе вся деятельность учреждения оказывается бессмысленной. Сфера дополнительного образования удовлетворяет потребности детей и юношества в духовном развитии и продуктивной организации свободного времени.

**5. Критерии классификации видов услуг дополнительного образования.** Образовательные услуги дополнительного образования, условно классифицируются по следующим критериям:

<b>Таблица 1.12. Критерии классификации видов услуг дополнительного образования:</b>			
<b>1) С точки зрения механизмов оплаты</b>			
коммерческие (оплачивает потребитель)	бюджетные (оплачивают государство согласно установленным государственным или муниципальным заданиям и соглашениям о порядке субсидирования)	спонсорские (оплачивают привлеченные спонсоры)	
<b>2) С точки продолжительности взаимодействия поставщика и потребителя услуги:</b>			
краткосрочные (конкурсные мероприятия, экспозиции, тематические мероприятия)	среднесрочные (мероприятия на каникулярные и летние периоды)	долгосрочные услуги многолетнее участие в работе танцевальной или иной студии	
<b>3) С точки зрения сложившегося опыта работы УДО</b>			
традиционные услуги студии изобразительного творчества	новые услуги студии китайской каллиграфии	широко распространенные (типичные) киборг студии	малораспространенные (нетипичные) студии китайской каллиграфии
<b>4) С точки зрения целей</b>			
образовательные (занятия в хореографической студии)	рекреационные (праздничные - новогодние представления)	пропагандистские и др. (конкурс военно-патриотической песни)	

**Специфические формы услуг.** Педагогическая деятельность в дополнительном образовании детей, предполагает три обобщенные трудовые функции:

1. Преподавание по дополнительным общеобразовательным программам, в том числе организация деятельности обучающихся, направленной на освоение дополнительной общеобразовательной программы. Организация досуговой деятельности обучающихся. Обеспечение взаимодействия с родителями (законными представителями) учащихся, осваивающих дополнительную общеобразовательную программу, при решении задач обучения и воспитания; Педагогический контроль и оценка освоения дополнительной общеобразовательной программы; разработка программ методического обеспечения реализации дополнительной общеобразовательной программы.

2. Организационно методическое обеспечение реализации дополнительных общеобразовательных программ, в том числе, организация и проведение исследований рынка услуг дополнительного образования детей и взрослых; организационно педагогическое

сопровождение разработки педагогами дополнительного образования программ методического обеспечения; управление качеством реализации дополнительных общеобразовательных программ в организации, осуществляющей образовательную деятельность.

3. Организационно педагогическое обеспечение реализации дополнительных общеобразовательных программ, в том числе, организация и проведение массовых досуговых мероприятий; развитие социального партнерства и продвижение услуг дополнительного образования детей и взрослых; организация дополнительного образования детей и взрослых по одному или нескольким направлениям деятельности: техническому, художественному, спортивному, туристскому краеведческому и др.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Назовите основные образовательные услуги.
2. Назовите направления дополнительного образования детей и взрослых.
3. Почему дополнительного образования детей – составная часть системы образования?
4. Почему учреждения дополнительного образования детей являются ресурсными центрами?
5. Какова миссия дополнительного образования?
6. Назовите цели дополнительного образования.
7. На какие типы, по формам собственности, подразделяются учреждения дополнительного образования детей?
8. Назовите учреждения дополнительного общего образования.
9. Назовите учреждения дополнительного профессионального образования.
10. Для кого предназначены общеразвивающие программы дополнительного образования?
11. Кто являются заказчиками дополнительных предпрофессиональных программ?
12. Кому предназначены коррекционные программы дополнительного образования.
13. Какими качествами обладает дополнительное образование для детей, как педагогическое явление?
14. Что относится к дополнительным образовательным услугам?
15. Что представляет собой содержание дополнительных программ?
16. Какие программы реализуются в системе дополнительного образования и по какой направленности?
17. Раскройте суть вариативности образовательных программ.
18. Назовите принципы организации деятельности учреждений дополнительного образования.
19. Что представляет собой специфические формы услуг?
20. Опишите суть трудовых функции педагогической деятельности в дополнительном образовании детей.

#### **Задания для самостоятельной работы:**

1. Заполните таблицу оканчивая предложенные фразы:

- Дополнительные образовательные услуги рассматривается как ...
- Процесс свободно избранного ребенком освоения знаний...
- Специфическая органическая часть системы общего образования...
- Процесс добровольно избранного ребенком освоения вида деятельности...
- Неотъемлемая часть системы непрерывного образования...
- Особое образовательное пространство...
- Деятельность детей и взрослых...

2. Заполните следующей таблицей;

Функции учреждений дополнительного образования (УДО).
Социальная функция УДО...
Психологическая функция УДО...
Образовательная функция УДО...

3. Заполните по памяти следующую таблицу;

<b>Критерии классификации видов услуг дополнительного образования:</b>			
<b>1) С точки зрения механизмов оплаты</b>			
коммерческие	бюджетные	спонсорские	
<b>2) С точки зрения продолжительности взаимодействия поставщика и потребителя услуги:</b>			
краткосрочные	среднесрочные	долгосрочные услуги	
<b>3) С точки зрения сложившегося опыта работы УДО</b>			
традиционные услуги	новые услуги	широко распространенные	малораспространенные (нетипичные)
<b>4) С точки зрения целей</b>			
образовательные	рекреационные	пропагандистские	

### Практическая работа:

#### Анкета

по исследованию профессиональной компетентности педагога дополнительного образования  
Уважаемые педагоги!

Служба методического сопровождения учреждения дополнительного образования детей (УДОД), исследуя проблемы профессиональной компетентности педагогов, просит Вас ответить на вопросы анкеты. Фамилию и имя указывать не обязательно. Выбранный Вами вариант ответа обведите кружком. Заранее благодарим за внимание.

1. Как давно Вы работаете в УДОД? \_\_\_\_\_ лет.

2. Интересовались ли Вы проблемами инноваций в образовании?

да	нет	затрудняюсь ответить
----	-----	----------------------

3. С кем Вы обсуждаете проблемы, возникающие в процессе педагогической деятельности? (отметьте не более 3-х вариантов ответа):

с коллегами по УДОД	с детьми	ни с кем
с коллегами из других образовательных учреждений	с родственниками, друзьями	с кем еще _____

4. Если у Вас возникнут затруднения в педагогической деятельности, что Вы предпримите:

воспользуюсь научной, справочной литературой	спрошу у коллеги
обращусь к методистам в методический кабинет	затрудняюсь ответить
воспользуюсь услугами психологической службы	что еще

5. Какие источники педагогической информации Вы предпочитаете использовать? (можно отметить только один вариант ответа):

научную педагогическую и психологическую литературу	никакие
периодическую педагогическую и психологическую печать	затрудняюсь ответить
научно-популярную литературу по педагогике и психологии	

6. Какой периодической литературой по специальности Вы пользуетесь постоянно? \_\_\_\_\_

7. Как Вы считаете, какой из видов занятий в наибольшей степени влияет на формирование Ваших профессиональных знаний, умений и навыков?

ведение занятий	педагогические и методические советы	воспитательная работа с детьми
общение с	работа над проектами образовательных	затрудняюсь ответить

родителями	программ	
методические семинары	самостоятельное изучение литературы по специальности	что ещё _____

8. Существует ли человек, чье мнение для Вас является авторитетным при решении педагогических проблем?

да	нет	затрудняюсь ответить
----	-----	----------------------

9. Если «да», то кто он?

педагог из Вашего педагогического коллектива	методист, психолог Вашего УДОД	ученый (укажите кто)
преподаватель высшего учебного заведения	публицист, писатель (укажите кто)	
коллега, работающий в другом образовательном учреждении	кто еще _____	
руководитель структурного подразделения, в котором Вы работаете		

10. Укажите, пожалуйста, основные личностные качества, которыми, на Ваш взгляд, должен обладать педагог \_\_\_\_\_

11. Какими из нижеуказанных источников информации пользуетесь для получения нужных Вам знаний, связанных с педагогической деятельностью?

Расположите, пожалуйста, их в порядке значимости для Вас:

периодическая педагогическая литература	научные издания по педагогике	справочная литература
учебные пособия по педагогическим дисциплинам	затрудняюсь ответить	
научная литература по психологии, социологии, иным наукам	что еще _____	никакими

12. Какие стороны в профессии педагога кажутся Вам наиболее привлекательными?

возможность удовлетворять познавательные потребности	возможность удовлетворять творческие потребности
возможность удовлетворять коммуникативные потребности	что еще? _____

13. Напишите, пожалуйста, напротив каждого термина слово, с которым он ассоциируется у Вас. Не думайте долго, пишите слово, которое первым пришло Вам в голову.

Образование	социально-педагогическая поддержка
Обучение	педагогическая поддержка
Воспитание	Самореализация
Индивидуальность	Самоопределение

Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе (подчеркните правильный ответ):

Пол:	Возраст:		Ваше образование		
муж.	до 20 лет	41 - 50 лет	начальное	среднее	высшее неоконченное
жен	21 - 30 лет	51 - 60 лет	неоконченное среднее	среднее специальное	высшее
	31 - 40 лет				

### Анкета для родителей

«Определение ниши дополнительного образования»

Уважаемые родители!

Учреждение дополнительного образования детей проводит социологическое исследование с целью изучения социального заказа на услуги дополнительного образования. Просим Вас высказать свое мнение по этому вопросу.

1. Возникло ли у Вашего ребенка в процессе обучения в школе потребность в получении дополнительных знаний?

да	нет	затрудняюсь ответить
----	-----	----------------------

2. Если возникала такая потребность, то почему?

- необходимость удовлетворения познавательных интересов ребенка;

- подготовка к будущей профессиональной деятельности;
- занять свободное время;
- что еще \_\_\_\_\_

3. Занимается ли Ваш ребенок в каких-либо кружках, секциях, курсах?

да (напишите в каких и где) _____	нет
-----------------------------------	-----

4. Что для Вас является наиболее важным при выборе тех или иных занятий для своего ребенка? (не более двух):

- стоимость занятий	- имя педагога, его заслуги	престиж этого вида деятельности	интересы ребенка	объем предлагаемых знаний
что еще _____				

5. В какие кружки, секции Вы хотели бы записать своего ребенка?

<b>Эстетическое направление</b>		
обучение игре на музыкальных инструментах (каких?)	рисование	бальные танцы
обучение пению	лепка, керамика	народные танцы
общее эстетическое воспитание	моделирование, дизайн одежды	театр
что еще _____		
<b>Спортивное направление:</b>		
зимние виды спорта (какие?)	общефизическая подготовка	шахматы, шашки
летние виды спорта (какие?)	восточные единоборства	
что еще _____		
<b>Техническое направление:</b>		
техническое конструирование	авиа моделирование	информатика
радио моделирование	автодело	
что еще _____		
<b>Научное направление:</b>		
экономика	литература	биология
социология	журналистика	экология
психология	иностранные языки	археология
педагогика	математика	краеведение
юриспруденция	химия	история
медицина	физика	история мировой культуры
что еще _____		

6. Какая продолжительность занятий, по Вашему мнению, наиболее эффективна?

- образовательная программа, рассчитанная на один год;
- образовательная программа, рассчитанная на два и более года;
- непродолжительные по времени курсы.

7. Необходимы ли Вам самим какие-либо дополнительные знания по образованию Ваших детей?

да	скорее да, чем нет	нет
----	--------------------	-----

8. Сообщите, пожалуйста, сведения о себе

Пол:	Возраст:		Ваше образование		
муж.	до 20 лет	41 - 50 лет	начальное	среднее	высшее неоконченное
жен.	21 - 30 лет	51 - 60 лет	неоконченное среднее	среднее специальное	высшее
	31 - 40 лет				

#### Литература:

1. Евладова Е.Б. Дополнительное образование детей: Учебное пособие. — М., Владос, 2005, 204 с.
3. Интеграция общего и дополнительного образования Практическое пособие / Под. ред. Е. Б. Евладовой, А. В. Золотаревой, С. А. Паладьева. – М.: АРКТИ, 2009.
4. История и теория дополнительного образования детей: учеб. пособие / под ред. Б.А. Дейча. Новосибирск: НГПУ, 2016.



#### **1.4. ПЛАТНЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ.**

Содержание:

1. Организация предоставления платных услуг потребителям.
2. Виды и особенности платных дополнительных образовательных услуг.
3. Продвижение дополнительных образовательных услуг в рыночных условиях.
4. Продвижение услуг дополнительного образования в зарубежных странах.
5. Контроль качества предоставляемых услуг.

##### **1. Организация предоставления платных услуг потребителям.**

Учреждения вынуждены перейти на частичную или полную самокупаемость, искать пути продвижения услуг, привлечения контингента, развития платных образовательных и прочих услуг, приносящих прибыль. В выборе направлений образовательных программ и видов услуг учреждения дополнительного образования, с одной стороны, опираются на Устав учреждения, а с другой, на существующий спрос.

Отличительная черта дополнительного образования от базового образования - компенсаторная (или психотерапевтическая). Именно в этой сфере для детей создаётся ситуация успеха, появляется возможность индивидуального развития тех способностей, которые не всегда развиваются в традиционном учебно-воспитательном процессе.

*К необходимым составляющим платной дополнительной образовательной услуги относятся: потребитель, исполнитель, устав, лицензия, национальный государственный образовательный стандарт, качество, нормативно-правовая база (договор на оказание платных образовательных услуг, платные образовательные услуги, оказываемые государственными, муниципальными и негосударственными образовательными учреждениями, права потребителей образовательных услуг.* В Уставе прописано, какую деятельность и по каким образовательным программам может оказывать услуги данное заведение. Учреждение вправе осуществлять за счет средств физических и (или) юридических лиц платные образовательные услуги, не предусмотренные установленным государственным или муниципальным органами либо соглашением о предоставлении субсидии на возмещение затрат, на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях.

**Организация платных дополнительных образовательных услуг в ДОУ предполагает следующие действия:**

1. Анализ устава, внесение при необходимости дополнений и изменений.
2. Анализ лицензии, для внесения при необходимости дополнений и изменений.
3. Проведение исследований по изучению запросов населения в сфере дополнительных образовательных услуг.
4. Изучение спроса на конкретные виды дополнительных образовательных услуг и определение предполагаемого контингента.
5. Анализ платёжеспособности родителей и установление цен;
6. Анализ возможностей образовательного учреждения (кадры, помещение, программы);
7. Анализ сбора информации о конкурентах, предлагающих подобные услуги;
8. Формирование перечня намечаемых услуг;
9. Создание предварительного расчёта себестоимости предлагаемых услуг;
10. Создание предварительного расчёта расходов на организацию необходимой рекламы;

11. Заведомый анализ изменения спроса на предлагаемые услуги
12. Создание условий для предоставления платных дополнительных образовательных услуг с учетом требований по охране и безопасности здоровья детей.
13. Внесение в уставе образовательного учреждения перечня планируемых платных дополнительных образовательных услуг и порядок их предоставления.
14. Получение лицензии на виды деятельности, которые будут организованы в данном образовательном учреждении в виде услуг с учетом запросов родителей детей, соответствующей учебно-материальной базы и наличия специалистов.
15. Подготовка проекта организационного приказа по организации образовательных услуг и документов, утверждаемых данным приказом.
16. Сбор заявлений родителей, предварительное комплектование групп и подбор кадров.
17. Разработка и утверждение положений о структурных подразделениях ДООУ услуг, Положение о бухгалтерии).
18. Подготовка проекта приказа о комплектовании групп и оформление сопутствующих документов.
19. Заключение договора с заказчиком (родителями) на оказание услуг, предусмотрев в нём: перечень и характер оказываемых услуг, срок действия договора по оказанию услуг, - все иные условия, относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение. размер и условия оплаты предоставляемых услуг, а также иные условия. При заключении договора заказчик вправе требовать внесения в текст договора любых условий, имеющих для него значение. Размер платы за оказание дополнительных образовательных услуг устанавливается по соглашению сторон (учреждения и родителя).
- Платные образовательные услуги предоставляются в соответствии с договором, заключенным с родителями (законными представителями) учащихся, другими заинтересованными лицами или учреждениями. Оплата за предоставляемые услуги должна производиться только через учреждения банков.
20. На основании заключенных договоров издать приказ об организации работы учреждения по оказанию платных образовательных услуг, предусматривающий: ставки работников подразделений, занятых оказанием платных услуг, график их работы, смету затрат на проведение услуг, учебные планы и штаты.
21. Заключить трудовые соглашения со специалистами на выполнение платных образовательных услуг.
22. Организация делопроизводства в структурном подразделении по услугам.
23. Разработка смет по услугам и по расходованию внебюджетных средств.

**Платные образовательные услуги** не могут быть оказаны вместо образовательной деятельности, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета.

Организация дополнительных образовательных услуг в ДООУ предполагает решение задачи с целью максимального удовлетворения образовательных потребностей ребенка. **Для УДО характерна разнородность контингента обучающихся** по таким индивидуально-психологическим различиям, как явные и потенциальные (скрытые) способности, возраст, мотивы, физические возможности, и другие стороны индивидуального развития.

**В начале предоставления услуг, для каждого ребенка создается карта индивидуального образовательного маршрута.**

Медики должны предоставить педагогам дополнительного образования информационный лист по группам здоровья с конкретными рекомендациями (в зависимости от

заболевания). Психологи - аналитическую справку «О результатах проведения первичной диагностики по определению уровней развития психических процессов».

*На основе полученных данных для каждого ребенка составляется карта индивидуального образовательного маршрута.* Такая карта способствует открытию новых перспектив его развития, обогащению личности, социализации; поддержанию в нем жажды открытий и уверенности в своих силах, поощрению и стимулированию интересов и развитию способностей. При этом не должны быть забыты и родители. Они активно вовлекаются в творческий процесс как партнеры педагога. *Первый маршрут разрабатывается для детей, нуждающихся в особой психолого-педагогической поддержке и заботе, второй – для детей с нормальным психологическим развитием и хорошими способностями, третий — для одаренных.*

*Главная задача педагога дополнительного образования в работе с детьми первого маршрута* — создание благоприятной психологической атмосферы на занятиях в кружках и студиях, установление с ними доверительных отношений, подбор специальных коррекционных и психотерапевтических игр для нормального психического развития и личностного роста.

На занятиях в студии педагог ставит перед ними только посильные задачи (задания репродуктивного типа). Похвала в присутствии других детей приносит им уверенность в своих силах и действиях. Рекомендуется использовать формы индивидуальной работы.

*Дети, «идущие» по второму маршруту,* в основном работают в подгруппах. Педагог поддерживает их увлечения. *Дети третьего маршрута,* обладающие высоким интеллектом, креативностью и уникальными способностями, требуют на занятиях дополнительного образования особых условий. Педагог включает в индивидуальную работу с ними задания психотерапевтического характера, специально подобранные игры и упражнения, которые помогают формировать навыки коммуникаций со сверстниками и решать некоторые личностные проблемы, укреплять психологическое здоровье. На занятиях создается атмосфера самостоятельного поиска для саморазвития, свободного выражения и воплощения нестандартных замыслов.

Практика показывает, что родители традиционно хотят, чтобы дети готовились к школе, учили иностранный язык и танцевали. Поэтому необходимо убеждать родителей в необходимости разнообразия кружков. А для этого детский сад должен организовать рекламу своего дополнительного образования. Очень эффективно включать на родительских собраниях пап и мам в спортивные игры, танцы, изготовление поделок. Таким образом, система дополнительного образования на современном этапе характеризуется поисковой деятельностью учреждений дополнительного образования, в них активно идут инновационные процессы, обновляющие их цели, содержание, формы и методы работы. Организация дополнительных образовательных услуг в детском саду осуществляется в форме кружков, секций, студий, клубов. Чтобы детский сад выжил в современных условиях, необходимо учитывать запросы родителей, выстраивать стратегию развития дошкольного образовательного учреждения так, чтобы быть современным, востребованным, авторитетным, открытым образовательным пространством.

2. Виды и особенности платных дополнительных образовательных услуг. Виды платных дополнительных услуг, которые может реализовывать дополнительные образовательные учреждения, устанавливаются различными нормативными актами. Согласно примерному перечню платных дополнительных образовательных услуг, которые ДОУ может оказывать за рамками соответствующих образовательных программ и государственных образовательных стандартов, относятся:

1. образовательные и развивающие услуги:

а) изучение специальных дисциплин сверх часов и сверх программы по данной дисциплине, предусмотренной учебным планом;

б) репетиторство с воспитанниками другого образовательного учреждения;

в) различные курсы по подготовке к поступлению в учебное заведение; по изучению иностранных языков;

г) различные кружки по обучению игре на музыкальных инструментах, фотографированию, вязанию, танцам и т. д.;

д) создание различных студий, групп, школ, факультативов по обучению и приобщению детей к знанию мировой культуры, живописи, графики, скульптуры, народных промыслов и т. д. – всему тому, что направлено на всестороннее развитие гармоничной личности и не может быть дано в рамках государственных образовательных стандартов;

е) создание различных учебных групп и методов специального обучения детей с отклонениями в развитии;

ж) создание групп по адаптации детей к условиям школьной жизни (до поступления в школу, если ребенок не посещал дошкольное образовательное учреждение).

2. Оздоровительные мероприятия: создание различных секций, групп по укреплению здоровья (гимнастика, аэробика, ритмика, катание на коньках, лыжах, различные игры, общефизическая подготовка и т. д.).

**В функции образовательного учреждения входит:** - оказание обучающимся платных дополнительных услуг, передача желаемых и необходимых знаний, умений и навыков (как по содержанию и объему, так и по ассортименту и качеству);

- производство и оказание сопутствующих дополнительных услуг, а также оказание воздействий, формирующих личность будущего специалиста;

- оказание информационно-посреднических услуг потенциальным и реальным обучающимся и работодателям, включая согласование с ними условий будущей работы, размеров, порядка и источников финансирования образовательных услуг и др.

**Особенности платных дополнительных услуг в ДОУ:**

1. Услуги нематериальны, не осязаемы до момента их приобретения. Услуги приходится приобретать, веря "на слово".



Фигура 1.4. Внешняя среда учреждения дополнительного образования

Ценовая политика образовательной организации определяется прежде всего социальными целями ее деятельности, ее миссией. Уровень цен должен зависеть от доступности конкретной услуги для потенциального потребителя. В данном случае цены почти всегда ниже, чем они были бы в чисто рыночных условиях, а иногда и вообще отсутствуют. Поэтому возможности использования рыночной ценовой политики в продвижении услуг УДО ограничены или даже невозможны. Продвижение услуг УДО преследует двойную цель: активацию потребительского спроса и поддержание благоприятного отношения к учреждению.

Чтобы убедить клиента сделать это, производители услуг стараются формализовать наиболее значимые для покупателя параметры услуги и представить их по возможности наглядно. В образовании этим целям служат: учебные планы и программы; информация о методах, формах и условиях оказания услуг; сертификаты, лицензии, дипломы.

2. Услуги неотделимы от субъектов (конкретных работников), оказывающих их. Любая замена учителя, преподавателя может изменить процесс и результат оказания образовательной услуги, а, следовательно, изменить и спрос.

3. Общительность, доброжелательность, умение владеть собой, вызывать доверие - обязательные требования к работникам сферы услуг, тем более - образовательных. Особенность последних в том, что их потребление начинается одновременно с началом их оказания. Более того, сама технология оказания образовательных услуг включает активное взаимодействие с их будущим потребителем (например, "педагогика сотрудничества").

4. Услуги непостоянны по качеству. Это связано, прежде всего, с их неотделимостью от субъектов-исполнителей (результат услуги зависит даже от настроения мастера), а также с невозможностью и нецелесообразностью определения жестких стандартов на процессы и результаты оказания услуг. Непостоянство дополнительных образовательных услуг имеет еще одну причину - изменчивость "исходного материала" - обучающегося.

5. Услуги не сохраняемы. Для образовательных услуг не сохраняемость, имеет два аспекта. С одной стороны, это невозможность заготовить услуги в полном объеме заранее и складировать их как материальный товар в ожидании роста спроса. Однако у услуг образования эта черта выглядит смягченной, т. к. по крайней мере, учебная информация может быть зафиксирована на материальных носителях. Но для образовательных услуг действует другая сторона не сохраняемости - естественное для человека забывание полученной информации, знаний. В образовании в том же русле действует научно-технический прогресс, ведущий к быстрому устареванию знаний. Социальный прогресс также вносит свою лепту в устаревание знаний по целому ряду дисциплин, особенно - в быстро меняющемся обществе, в переходные периоды.

**Необходимость развития платных дополнительных услуг диктует выполнение следующих позиций:** - ассортимент образовательных услуг должен быть достаточно широк и интенсивно обновляться с учетом требований клиентов, общества, научно-технического прогресса, потенциала дошкольного образовательного учреждения;

- процессы и технологии оказания образовательных услуг должны быть гибкими, легко перенастраиваемыми; - ценовая политика учреждения должна выступать в комплексе с величинами прогнозируемого эффекта и дополнительных затрат потребителя на использование, потребление образовательных услуг, включая процессы их освоения;

- продвижение и продажа образовательных услуг должны быть децентрализованы, как включение в предпринимательскую деятельность.

**Платные образовательные услуги в учреждениях дополнительного образования могут оказываться детям дошкольного, школьного возраста и взрослым.** Именно поэтому во многих учреждениях появляются комплексы развития для детей, которые включают в себя развивающие программы по хореографии и вокалу, техническому творчеству и изобразительному искусству, театральному и прикладному творчеству, спортивно-оздоровительные направления. Услуги, оказываемые на платной основе, имеют высокий уровень, интересное наполнение и нацелены на результат. Большая часть бюджетных учреждений дополнительного образования стремится разнообразить спектр услуг для малышей и детей разного возраста, сделать занятия уникальными, так как основной проблемой набора контингента является - конкуренция.



Учреждения дополнительного образовании согласно Уставу, могут на коммерческой основе оказывать и иные услуги, в которые входят: организация оздоровительного лагеря с дневным пребыванием для отдыха и оздоровления детей школьного возраста за рамками утвержденного учебного плана, создание семейных клубов, проведение театрально-зрелищных, развлекательных, культурно-досуговых, массовых мероприятий: конкурсов, фестивалей, карнавалов, праздников, театральных постановок, вечеров отдыха, выставок и праздничных программ по заказу учреждений системы образования.

Образовательные услуги на коммерческой или на некоммерческой основе, они в любом случае относятся к категории общественных благ. И потребитель таких услуг, и общество имеют от них выгоды. Общество через систему образования поддерживает свой культурный, научный потенциал, формирует и совершенствует трудовые ресурсы. Индивид, получающий образовательные услуги, имеет возможность включения в систему общественных связей и личностного развития.

**3. Продвижение дополнительных образовательных услуг в рыночных условиях.** В содержании деятельности образовательного учреждения основными условиями управления качеством дополнительного образования детей сегодня становятся: *постоянная работа с рынком образовательных услуг и спросом*; компетентная организация маркетинга и адресной рекламы своих услуг; активизация сотрудничества с заказчиками, учредителями, партнерами, поставщиками ресурсов, представителями власти, создателями общественного мнения, конкурентами; усиление способностей выполнять требования к качеству; совершенствование и гармонизация компонентов системы управления качеством. В рыночных условиях главной особенностью маркетинга в сфере культуры и образования является соединение трех его направлений.

Кроме привлечения потенциальных потребителей можно выделить управление отношениями с покровителями, создание репутации и системы внутреннего менеджмента учреждения. Для учреждений дополнительного образования *реклама услуг* является очень дорогостоящей. Целевой аудиторией рекламной деятельности в сфере дополнительного образования, и одновременно социальными партнерами являются:

Таблица 1.13. Целевая аудитория рекламной деятельности УДО:		
- Родители школьников - Непосредственно учащиеся	- Преподавательский состав - Сотрудники образовательного учреждения	- Представители органов власти - Партнеры и спонсоры

*Цели и задачи рекламной деятельности УДО, по мнению К.Е. Ефимова:*

- создание и поддержание имиджа организации и ее сотрудников;
- паблисити (создание известности) образовательной организации;
- совершенствование коммуникативного пространства образовательной организации;
- лоббирование, взаимодействие с федеральными и региональными органами управления образованием, а также с местными органами власти;
- работа с конкурентами;
- взаимодействие с партнерами, реализация совместных образовательных программ;
- взаимодействие с представителями бизнеса;
- взаимодействие с общественными организациями;
- работа с персоналом и др.

Таблица 1.14. Мероприятия УДО для продвижения услуг дополнительного образования:		
- презентации; - конференции; - круглые столы;	- дни открытых дверей; - праздники двора; - конкурсы и выставки;	- спортивные турниры и батл-шоу; - мастер-классы - открытые праздники для родителей.

Открытость образовательного учреждения выражается в *построении, прежде всего, системы социального партнерства*: кооперативных связей с другими сферами общества: органами власти, бизнесом, учреждениями образования, культуры и науки, направленной на

взаимовыгодное сотрудничество в тактическом и стратегическом плане, совместную деятельность образовательного учреждения и социальных партнеров. Эти связи качественно отличают его от других форм взаимодействия: шефства, спонсорства, попечительства.

Основная *идея социального партнерства* – взаимовыгодная кооперация, в которой образовательное учреждение выступает не в роли просителя, а является полноправным партнером. Это означает непосредственный и прямой обмен ресурсами, привлекаемыми от социальных партнеров на конкретные результаты деятельности образовательного учреждения. Социальное партнерство не ограничивается разовыми акциями, а строится на долгосрочной основе и взаимном доверии.

*Создание системы социального партнерства* – это не простое взаимодействие для взаимной выгоды партнеров. В нем есть другая – главная составляющая – социальная проблема, на решение которой и нацелено социальное партнерство: развитие гражданского общества и улучшение качества жизни, в том числе средствами дополнительного образования. Социальное партнерство играет большую роль в продвижении услуг учреждения дополнительного образования.

#### **4. Продвижение услуг дополнительного образования в зарубежных странах.**

*В англоговорящих странах, таких как Великобритания, США и Австралия,* терминология в области дополнительного образования весьма схожа по значению и применению. Большинство терминов не дают точной характеристики занятий, они расплывчато называются «дополнительными» или «внешкольными», поэтому, исходя только из названия, нельзя определить специфику такого обучения. Объединяет англоговорящие страны также необязательность участия в дополнительном образовании и его роль — это преимущественно всестороннее развитие ученика и расширение его кругозора. В Австралии также уделяется особое внимание социальной адаптации учащихся, а в США — повышению академических успехов ученика.

*В большом числе стран дополнительное образование не регламентируется на государственном уровне* и не имеет единого субъекта управления (координации, надзора).

<b>Таблица 1.15. Провайдеры (организации предоставляющие услуги) и условия предоставления услуг дополнительного образования в зарубежных странах</b>			
Страна, Основные провайдеры	Стоимость и источники финансирования	Функции дополнительного образования	Обязательность участия
<b>Швеция</b> 1. Муниципальные школы дополнительного образования. 2. Государственные досуговые и культурно просветительские организации. (Fritidshem1, Fritidsklubb)	<b>Преимущественно платная форма</b> , возможна условно-бесплатная для социально уязвимых групп. Деньги штата или территории, деньги родителей	Группа продленного дня, организация отдыха, способ занять детей после занятий в школе, направлено на эмоциональную разгрузку ученика	Необязательное участие.
<b>Испания</b> 1. Профильные государственные образовательные организации. 2. Государственные досуговые и культурно просветительские организации. (Educación complementaria/ extraescolar Educación compensativa/ compensatoria2)	<b>Преимущественно бесплатное или условно бесплатное обучение.</b> Государственные дотации	Всестороннее развитие ребенка, «Группа продленного дня», повышение «конкурентоспособности» детей в будущем	Необязательное участие.
<b>Великобритания</b> 1. Частные коммерческие организации. 2. Государственные муниципальные	<b>Платное обучение.</b> Деньги родителей	Всестороннее развитие ученика, повышение академических	Желательное участие.

школы. (Extracurricular activities, supplementary education, additional education, afterschool education, outdoor education, off-site activities)		успехов	
<b>Сингапур</b> 1. Государственные общеобразовательные школы и колледжи. 2. Государственные культурно-просветительские организации. (Co-curricular education <sup>3</sup> )	<b>Бесплатно проводится 1 предмет, остальные платно и по желанию.</b> Государственные дотации и деньги родителей	Всестороннее развитие ученика, повышение вовлеченности в основное обучение, поддержание постоянного уровня занятости детей, повышение уверенности детей, развитие лидерских качеств	Обязательное участие
<b>США</b> 1. Частные коммерческие образовательные организации 2. Государственные досуговые и культурно просветительские организации. 3. Смешанный провайдер (сотрудничество государственной и частной организации). Extracurricular activities, supplementary (education, additional education, afterschool education, outdoor education).	<b>Бесплатная форма в госсекторе и платная в частных организациях</b> Деньги штата или территории	Всестороннее развитие ученика, повышение академических успехов	Желательное участие, условно.
<b>Австралия</b> 1. Государственные общеобразовательные школы. 2. Муниципальные профильные школы. (Extracurricular activities, supplementary education)	<b>Бесплатная или условно-бесплатная форма.</b> Деньги штата или территории	Социальная адаптация, всестороннее развитие ученика, расширение кругозора	Желательное участие.
Источник: 1 Fritidshem: <a href="https://www.skolverket.se/skolformer/fritidshem">https://www.skolverket.se/skolformer/fritidshem</a> 2 Programa 322.G Educacion Compensatoria — Secretaria de Estado de Presupuestos y Gastos: <a href="http://www.sepg.pap.minhafp.gob.es/presup/PGE2005/PGERom/doc/4/15/2/3/R_5_P_0_3_S18_S_M_3_P32_2G_0.DE">http://www.sepg.pap.minhafp.gob.es/presup/PGE2005/PGERom/doc/4/15/2/3/R_5_P_0_3_S18_S_M_3_P32_2G_0.DE</a> . 3 Co-curricular activities: <a href="https://www.moe.gov.sg/education/programmes/co-curricular-activities">https://www.moe.gov.sg/education/programmes/co-curricular-activities</a>			

В то же время в Сингапуре и Великобритании приняты регламентирующие документы, определяющие требования к условиям для занятий дополнительным образованием, которые должны быть созданы провайдерами. В Великобритании существует национальная система контроля качества услуг внешкольного дополнительного образования<sup>7</sup>, которая была создана и развивается общественными организациями на средства из государственного бюджета. В Финляндии действует механизм системы валидации неформального и информального образования [Поволяева, Попова, Дубовик, 2015].

**Образование во Франции** с начального до среднего т.е. от 6 до 16 является бесплатным и обязательным. Школы во Франции разделяются на государственные и частные. В частных учебных заведениях обучается около 20% всех учащихся Франции. Система образования во Франции остается по преимуществу централизованной. Министерство национального образования управляет всеми учебными заведениями страны. Государственный бюджет является основным источником финансирования всех учебных заведений, в том числе и дополнительного образования. Важным источником финансирования оказывают местные бюджеты и взносы предприятий и частных лиц. *Основное внимание дополнительному образованию во Франции уделяется не привлечению потенциальных спонсоров, а созданию и удовлетворению спроса посетителей. Негосударственный сектор финансирования дополнительного образования включает коммерческие организации и некоммерческие организации* спонсоры, меценаты, фонды и органы государственной власти. Внимание общественности привлекается через средства массовой информации, сотрудничество с другими учреждениями и организациями-партнерами, а также со спонсорами,

благотворителями и органами государственной власти, как на внутреннем, так и на внешнем рынках. Общей чертой американской и французской моделей является наличие службы по связям с общественностью, работающей над созданием имиджа организации.

**В Молдове** развита широкая сеть государственных и платных организаций внешкольного образования в сочетании различных элементов услуг из стран Евросоюза, США, России. Источниками финансирования дополнительного образования в Молдове, являются государственные и негосударственные сектора. Государство не в состоянии финансово полностью обеспечивать учреждения дополнительного образования, привлекая финансовые средства родителей и негосударственного сектора на покрытие текущих и капитальных расходов. Распространена зарубежная практика отслеживания успеха ученика с обратной связью для него и родителей (обязательные письменные и фотоотчеты об успеваемости ученика), услуги личного тьютора (ментора), в обязанности которого входит отслеживание прогресса ученика, контакт с родителями, и вовлечение родителя в учебный процесс, выездные занятия, наличие лагеря или обучения во время праздников и каникул, кружки (секции), совместные занятия детей и родителей, услуги для родителей. Дополнительное образование, как и в России, не является обязательным, на него не распространяются государственные гарантии общедоступности и бесплатности, государственное финансирование осуществляется «по остаточному принципу».

*Источниками финансирования дополнительного образования в России*, являются государственные и негосударственные сектора. Негосударственный сектор включает коммерческие организации (акционерные общества открытого и закрытого типа), индивидуальных предпринимателей, некоммерческие организации (АНО). В отличие от государственных организаций дополнительного образования детей, негосударственные в большинстве случаев предлагают занятия по одному-двум направлениям ориентируемые на потребительский спрос. Комплексные предложения, охватывающие много тематических направлений, встречаются редко. Востребованность программ негосударственного сектора во многом связана с предложением коротких «пробных» программ.

Организации государственного сектора традиционно ориентируются на «сложившийся» спрос, не меняющийся годами, а часто и десятилетиями (танцы, игра на музыкальных инструментах, спорт). Негосударственный сектор активно работает на формирование спроса. Государственный сектор сохраняют достаточно большой объем финансирования бесплатных услуг для населения, что не стимулирует их к расширению спектра форматов и содержания.

Негосударственный сектор ориентирован на более платежеспособную часть населения. Поэтому острой является конкуренция именно внутри него, что выступает стимулом к появлению новых тематических направлений, форматов, совершенствованию инструментов маркетинга. Последние годы, как и в зарубежных странах, усилилось внимание государства к возможностям дополнительного образования в формировании у нового поколения компетенций, необходимых для социальной и профессиональной самореализации граждан и глобальной конкурентоспособности государства в условиях нового технологического уклада. Основным драйвером обновления содержания дополнительного образования в данный момент в России является не запрос семей, а интерес государства, связанный с обеспечением конкурентоспособности экономики.

*Социальное партнерство становится определяющим условием продвижения услуг учреждения дополнительного образования.* Под социальным партнерством подразумевается такая форма взаимодействия между двумя и более сторонами, при которой выстраиваются долговременные взаимовыгодные отношения, характеризующиеся доверием, общими целями и

ценностями, добровольностью отношений, а также признанием взаимной выгоды и взаимной ответственности сторон за результаты деятельности.

### **5. Контроль качества предоставляемых услуг.**

*Контроль качества дополнительного образования* должен быть адекватен гуманистической сущности дополнительного образования, его проектной природе и многомерности его качества. Контроль понимается как предупреждение, предотвращение ошибок и представляет собой гуманитарную экспертизу целостной совокупности условий, образовательного процесса и результатов по отношению к установленным требованиям.

#### **Критерии оценки дополнительных общеобразовательных программ**

<b>Таблица 1.16. Критерий оценивания / Краткое описание критерия</b>
<b>1. Инвариантные базовые критерии оценки дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программы.</b>
<b>1. Актуальность, педагогическая целесообразность и отличительные особенности программы.</b> Представлено описание актуальных проблем развития образования в Республики Молдова и мире, потребностей общества и детей данного возраста, на решение которых направлена программа. Описана направленность программы на реализацию требований нормативно-правовых и стратегических документов на уровне государства, региона, муниципалитета и уровень реализации этих требований в содержании и формах организации образовательной и воспитательной деятельности с обучающимися. Дается обоснование педагогической целесообразности выбора средств обучения и воспитания, направленных на достижение планируемых результатов. Описаны отличительные особенности образовательной программы от уже существующих в этой области.
<b>2. Представленность в программе структурных элементов (компонентов), отражающих комплекс основных характеристик программы и организационно-педагогических условий (в соответствии с требованиями, обозначенными в нормативных документах и методических рекомендациях).</b> Представлены основные характеристики образования (объем, содержание, планируемые результаты и т. д.) и организационно-педагогические условия (формы аттестации, учебный план, календарный учебный график, оценочные и методические материалы, а также иные компоненты.
<b>3. Обоснованность целеполагания.</b> Представленные цель и задачи сформулированы на основе анализа состояния образовательного процесса, индивидуальных и возрастных особенностей детей. Цель отражает предполагаемый конечный результат, четко сформулирована, реальна, достижима. Задачи обеспечивают достижение цели, соответствуют содержанию и методам предлагаемой деятельности.
<b>4. Педагогическая обоснованность логики построения программы и соответствие содержания, форм и используемых технологий реализации программы ее целям и задачам.</b> Содержание программы соответствует особенностям развития обучающихся, их возрастным характеристикам и уровню готовности к овладению предлагаемого содержания и форм деятельности. Содержание разделов и тем излагается в последовательности соответствующей структуре учебного плана. Используемые формы организации образования и педагогические технологии обеспечивают овладение обучающимися предлагаемым содержанием, умениями и навыками.
<b>5. Наличие критериев оценки результативности образовательной деятельности, методов контроля и их направленность на объективную оценку уровня освоения обучающимися программы.</b> Критерии оценки результативности соответствуют поставленным цели и задачам образовательной программы. Методы и формы контроля соответствуют содержанию и направленности программы. Описаны условия проведения форм контроля, обеспечивающие объективность оценки уровня освоения обучающимися программы. Представлен механизм, обеспечивающий педагогу (администрации) возможность для принятия педагогических и управленческих решений по повышению эффективности реализации образовательной программы (внесение изменений в цели, задачи, содержание, формы и результаты программы).
<b>6. Конкретность описания технологии реализации программы, ее ресурсная обеспеченность (информационно-методическая, материально-техническая, кадровая, организационная).</b> В содержании отражены нормативно-правовые документы и учебно-методические материалы, на основе которых разработана программа, перечислены информационные источники для педагогов и обучающихся. В программе имеется описание организации образовательного процесса (сроки, форма, режим работы). В программе представлены технологии, методы обучения и воспитания, используемые для ее реализации. В программе отражено материально-техническое обеспечение. Дается описание качественных характеристик кадрового состава, необходимого для реализации программы (оценивается



при наличии).
7. Стиль и культура оформления программы (стилистика изложения программы: официально-деловой стиль документа; современность и обоснованность использования педагогической терминологии).
Программа написана грамотным языком в официально-деловом стиле. Используемые понятия, подходы и концепции не противоречат педагогической логике изложения и содержат указания на авторов и литературные источники. Оформление таблиц, рисунков и списка литературы соответствует, предъявляемым требованиям и действующим ГОСТам.
II. Вариативные критерии, учитывающие современные тенденции обновления содержания и технологии дополнительного образования детей, определяющие инновационный характер проектирования и реализации общеобразовательной общеразвивающей программы.
1. Разноуровневость построения и реализации программы с наличием выстраивания индивидуальных образовательных маршрутов и/или траекторий обучающихся с учетом их конкретных интересов, возможности выбора режима и темпа освоения программы.
В программе представлено описание разных уровней сложности учебного материала и соответствующих им достижений (результатов) обучающихся, представлены организационные механизмы включения обучающихся на каждый уровень сложности и дается характеристика особенностей проведения форм контроля и используемого контрольно-измерительного материала для каждого уровня сложности. Описываются особенности организации (формы, методы и технологии) индивидуальных образовательных маршрутов и/или траекторий обучающихся, ориентированных на реализацию их конкретных интересов, обеспечивающих возможность выбора режима и темпа освоения программы.
2. Сетевой характер реализации программы с использованием разнообразных ресурсов социального партнерства (организаций науки, культуры, спорта и физической культуры, общественных детско-взрослых сообществ и сетевых профессиональных сообществ, сферы бизнеса).
В программе представлен механизм (алгоритм) сетевого взаимодействия с социальными партнерами (организации науки, культуры, спорта и физической культуры, общественных детско-взрослых сообществ и сетевых профессиональных сообществ, сферы бизнеса), описаны ресурсы, используемые социальными партнерами в достижение поставленных целей и задач, представлены социальные эффекты участников сетевого взаимодействия.
3. Определено содержание программы в соответствии с образовательными возможностями и потребностями конкретной категории обучающихся, социальными запросами и потребностями семьи (в том числе реализация задач инклюзивного образования и поддержки детей, проявляющих выдающиеся способности).
Представлен анализ образовательных возможностей и потребностей конкретной категории обучающихся, социальных запросов и потребностей их семей. В описании содержания, форм и метод реализации программы учтены психофизиологические особенности детей с особыми образовательными потребностями конкретной категории: дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, дети из группы социального риска, дети из семей с низким социально-экономическим статусом, одаренные дети. Программой предусмотрены специальные условия обучения и воспитания данной категории (управленческие, кадровые, психологические, методические, материально-технические и организационные). Также в программе отдельно могут быть представлены задачи инклюзивного образования, поддержки детей, проявляющих выдающиеся способности.
4. Организация образовательной деятельности на основе модульного принципа построения учебных планов и содержания программы.
Наличие в программе образовательных модулей (как относительно самостоятельных, логически завершенных, структурированных частей образовательной программы), обеспечивающих возможность выбора вариативного образовательного маршрута как для объединения в целом, так и для отдельного обучающего с целью достижения результатов образовательной программы. Описаны организационно-методические, психолого-педагогические механизмы и условия реализации модульного принципа.
5. Наличие методических и дидактических материалов, предполагающих доступность для детей с учетом их возрастных и психофизиологических особенностей (в том числе учитывающих особенности здоровья тех детей, которые могут испытывать сложности при чтении, прослушивании или совершении каких-либо манипуляций с предлагаемым им материалом).
В программе представлены методические и дидактические материалы, обеспечивающие доступность их использования для детей с любым видом и типом психофизиологических особенностей (в том числе учитывающих особенности здоровья тех детей, которые могут испытывать сложности при чтении, прослушивании или совершении каких-либо манипуляций с предлагаемым им материалом) или с учетом особенностей конкретной категории детей, имеющих ограниченные возможности здоровья.



6. Использование электронных ресурсов для развития разных категорий обучающихся (использование дистанционных образовательных технологий и электронного обучения). В программе дается описание используемых в образовательном процессе электронных ресурсов, обозначены особенности их использования различными категориями обучающихся, показана взаимосвязь электронных ресурсов с содержательными разделами программы.
7. Проектирование содержания и технологий реализации программы с учетом национальных, региональных и этнокультурных особенностей.
Содержание программы отражает национальные, региональные и этнокультурные особенности, которые представлены в описании результатов, форм и методов обучения и воспитания.
8. Представленность содержания и технологий реализации программы, направленных на поддержку совместных (семейных, детско-взрослых) практик дополнительного образования.
В программе представлено описание совместной деятельности педагогов, детей и родителей, направленной на реализацию целей и задач программы, характеризуются механизмы и способы, обеспечивающие организацию совместных (семейных, детско-взрослых) практик, представлены социальные эффекты для всех участников совместной деятельности.
9. Размещение методических и дидактических материалов на ресурсах в информационно-коммуникационной сети интернет.
В программе представлен перечень методических и дидактических материалов, размещенных на ресурсах в информационно-коммуникационной сети интернет с указанием электронных ссылок.

**Оценивание качества организации дополнительного образования** детей необходимо проводить комплексно, включая цели и условия реализации образовательного процесса, содержание образовательных программ, индивидуальные достижения участников образовательной деятельности, стратегию развития. Именно независимая общественно-профессиональная экспертиза является условием эффективного управления организацией дополнительного образования детей. Итоговый вариант отражает **два уровня оценивания** образовательных программ: – **инвариантный**, состоящий из базовых (обязательных для всех дополнительных общеразвивающих программ) позиций;

– **вариативный**, учитывающий современные тенденции обновления содержания и технологии дополнительного образования детей, определяющий инновационный характер проектирования и реализации дополнительной общеобразовательной программы.

Независимая оценка должна положительно повлиять на качество и доступность услуг, развитие конкурентной среды, а также распространение лучших практик. Для решения существующих вопросов уже взаимодействуют органы власти, потребители и производители, при этом у каждого из них свои цели и представления о качестве, что важно учитывать при разработке системы оценки качества услуг в дополнительном образовании. Набор платных дополнительных услуг в каждом учреждении индивидуален. Платные дополнительные услуги образовательных учреждений, на современном этапе, имеет большое значение. Платные дополнительные услуги должны работать на статус учреждения. Это не только дополнительное финансирование, но и востребованность образовательных услуг, это социальная защищенность сотрудников, рост квалификации педагогов. Планирование системы платных дополнительных услуг в ДОО, должно осуществляться в соответствии с интересами детей, их индивидуальными возможностями и возрастными особенностями.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Объясните, почему учреждения вынуждены перейти на частичную или полную самоокупаемость?
2. Назовите отличительные черты дополнительного образования от базового образования.

3. Что относятся к необходимым составляющим платной дополнительной образовательной услуги?
4. Назовите действия по организации платных дополнительных образовательных услуг в дополнительные образовательные учреждения (ДОУ).
5. Что собой представляет договор платных образовательных услуг заключенным учреждением с родителями?
6. Почему необходим этот договор?
7. Почему платные образовательные услуги не могут быть оказаны вместо образовательной деятельности?
8. Что представляет карта индивидуального образовательного маршрута?
9. Как создается карта индивидуального образовательного маршрута и почему она нужна?
10. На каких детей рассчитана карта индивидуального образовательного маршрута?
11. Назовите перечень платных дополнительных образовательных услуг, которые ДОУ может оказывать за рамками образовательных программ и государственных образовательных стандартов?
12. Что входит в функции образовательного учреждения?
13. Назовите особенности платных дополнительных услуг в ДОУ.
14. От чего зависит уровень цен конкретной услуги дополнительного образования?
15. Кому могут оказываться платные образовательные услуги в учреждениях дополнительного образования?
16. Объясните мероприятия по продвижению дополнительных образовательных услуг в рыночных условиях.
17. Для чего необходимы создание системы социального партнерства по продвижению дополнительных образовательных услуг?
18. Расскажите продвижение услуг дополнительного образования в зарубежных странах.
19. Сравните продвижение услуг дополнительного образования в Республике Молдова и в зарубежных странах.
20. Назовите источники финансирования дополнительного образования в Республике Молдова и в зарубежных странах.
21. Что такое социальное партнерство по продвижению услуг дополнительного образования?
22. Назовите критерии оценки качества предоставления услуг дополнительных общеобразовательных программ.
23. Для чего необходимо оценивание качества организации дополнительного образования?

### **Практическая работа:**

1. Составьте план мероприятий по созданию учреждения дополнительного образования и перечень платных услуг.

<b>2. Заполните следующей таблицей:</b>	
Создание учреждения дополнительного образования	Законодательные акты Республики Молдова (Р.М.)
Необходимые средства и примерное планирование	
Место расположения учреждения дополнительного образования	
Тип учреждения дополнительного образования - государственное или частное	Законодательные акты Р. М.

Категории лиц вовлеченных в дополнительное образование	
Перечень услуг	
Провайдеры финансирования услуг	Законодательные акты Р. М.
Примерные ожидаемые риски	
Примерный план по предотвращению ожидаемых рисков	
Мероприятия по продвижению услуг	
Мероприятия по развитию услуг	

**Темы для рефератов и презентации:**

1. История становления и развития системы дополнительного образования в Молдове.
2. История становления и развития региональной системы дополнительного образования (например в АТО Гагаузии).
3. Специфика социального воспитания в системе дополнительного образования.
4. Учреждение дополнительного образования детей как фактор формирования культуры досуга.
5. Дополнительные образовательные услуги для детей с нарушениями слуха.
6. Дополнительные образовательные услуги для детей с нарушениями зрения.
7. Дополнительные образовательные услуги для детей с нарушениями речи.
8. Дополнительные образовательные услуги для детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы.
9. Дополнительные образовательные услуги для детей с нарушениями поведения.
10. Дополнительные образовательные услуги для интеллектуально развитых детей.
11. Дополнительные образовательные услуги для детей с задержкой психического развития.
12. Дополнительные образовательные услуги для детей с нарушениями интеллекта (умственно отсталых) детей.
13. Дополнительные образовательные услуги для одаренных детей.
14. Дополнительные образовательные услуги для детей с аутизмом.
15. Дополнительное образование, как средство реабилитации детей группы риска.
16. Специфика социально-педагогической деятельности в учреждении дополнительного образования по профилактике девиантного поведения подростков.
17. Специфика управления системой дополнительного образования.
18. Особенности программ и мониторинга деятельности учреждения дополнительного образования.
19. Организация научно-исследовательской деятельности учащихся в дополнительном образовании.
20. Организация военно-патриотической работы с детьми в условиях учреждения дополнительного образования.
21. Дополнительное образование как фактор нравственного становления личности ребенка.
22. Методическое сопровождение образовательного процесса в условиях учреждения дополнительного образования.
23. Дополнительное образование как фактор социально-педагогической поддержки личности ребенка в условиях учреждения дополнительного образования.
24. Дополнительные образовательные услуги по формированию профессиональной деятельности у детей школьного возраста.
25. Коррекционные образовательные услуги в учреждениях дополнительного образования.

**Литература:**

1. Березина В. Ф. Развитие дополнительного образования детей в системе российского образования: Учебно - метод. пособие. – М.: АНО «Диалог культур», 2012.
2. Буйлова Л. Н. Концепция развития дополнительного образования детей: от замысла до реализации методическое пособие/Л. Н. Буйлова, Н. В. Кленова М.: Педагогическое общество России, 192 с.
3. Бруцкая Л. А. Индивидуальные творческие маршруты детей за пределами формального образования как способы стимулирования их творческой активности / Л. А. Бруцкая, Т. Б. Сушко // Евразийский образовательный диалог: материалы международного форума. Ярославль: ГАОУ ЯО ИРО, 2014. С. 52-54.
4. Бурдяк А.Я. Дополнительные занятия по школьным предметам: мотивация и распространенность // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2015. № 2. С. 96–112.
5. Дополнительное образование детей как фактор развития региональной системы образования: коллективная монография / под ред. А.В. Золотаревой, С.Л. Паладьева. Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2009.
6. Дополнительное образование в России: Единое и многообразное./Российское образование: достижения, вызовы, перспективы. Серия коллективных монографий., Основана в 2018 г.. Научные редакторы серии Я.И. Кузьминов, И.Д. Фрумин. Издательский дом Высшей школы экономики, Москва, 2019. Электронный ресурс: [https://ioe.hse.ru/data/2019/04/04/1189087562/DOD\\_text\\_print\\_1.pdf](https://ioe.hse.ru/data/2019/04/04/1189087562/DOD_text_print_1.pdf). (дата обращения: 25.03.2020).
7. Жулябина Н.М. Дополнительное образование детей за рубежом: понимание, политика, регулирование. Сер. «Современная аналитика образования». № 9 (17). М.: НИУ ВШЭ, 2017.
8. Молоков Д.С. Зарубежный опыт предоставления услуг в сфере дополнительного образования детей // Ярославский педагогический вестник. 2013. № 1. Т. II (Психолого-педагогические науки). С. 225–231.
9. Ожегов С.И. Словарь русского языка. М. 1989 г. 22 издание.
10. Пенягина В.И. Роль и место дополнительного образования детей в реализации образовательных стандартов нового поколения. URL.:<http://dopobr.68edu.ru/archives/2388> (дата обращения: 25.01.2020).
11. Поволяева М.Н., Попова И.Н., Дубовик И.М. Развитие неформального образования в современной России и за рубежом. М.: ООО «Новое образование», 2015.
12. Степихова В.А. Развитие социального партнерства в сфере дополнительного образования детей: методические рекомендации. М.: СОЛОН-ПРЕСС, 2014. 63 с.
13. Стрижаков П.В. Дополнительное образование сегодня//Дополнительное образование. 2016. №4. URL.: <http://www.dopobrazovanie.com/> (дата обращения 26.03.2017)
14. Сушко Т. Б. Индивидуальный творческий маршрут как современная форма организации дополнительного образования // Т. Б. Сушко // Художественное образование: региональный опыт, открытая перспектива: материалы межрегиональной научно-практической конференции. Пермь, 2016. С. 186-189.  
Шинкарева Л. В., Воробьева А. А. Дополнительные образовательные услуги в дошкольном учреждении: понятие, виды, особенности реализации // Проблемы и перспективы развития образования: материалы междунар. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2011 г.). Т.1. — Пермь: Меркурий, 2011.



## **Раздел 2. КОРРЕКЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

2.1. Дети с ограниченными возможностями зрения.....	53
2.2. Дети с нарушениями слуха .....	70
2.3. Дети с нарушениями речи .....	88
2.4. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата .....	99
2.5. Дети с нарушениями психологического развития .....	114
2.6. Дети с расстройствами интеллектуального развития .....	135
2.7. Основные заболевания детей с расстройствами интеллектуального развития.....	161
2.8. Коррекционные услуги системы образования.....	188



## **Раздел 2. КОРРЕКЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

### **2.1. ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗРЕНИЯ.**

Содержание:

1. Понятие «дети с ограниченными возможностями» (ОВЗ).
2. Классификация детей с ОВЗ.
3. Дети с нарушениями зрения.
  - 3.1. Причины нарушения зрения и основные методы исследования зрения.
  - 3.2. Виды нарушения зрения.
  - 3.3. Учреждения обучения и воспитания детей с нарушениями зрения.

#### **1. Понятие «дети с ограниченными возможностями».**

**М. Квинтилиан** высказывал мысль о необходимости осуществления образовательного процесса с учетом индивидуальных особенностей учащихся. В своем сочинении «О воспитании оратора» М. Квинтилиан развивал мысль о разных способностях, одаренности, талантливости учеников и подчеркивал, что справедливо вменяется в достоинства учителю, когда он старается замечать в своих слушателях различие умов и характеров, узнавать то, к чему они способнее от природы.

**Я. Коменский**, выделял различия в развитии учащихся и предлагал работать с ними в зависимости от их способностей. «У одних, – пишет Я. Коменский, – способности острые, у других – тупые, у одних – гибкие и податливые, у других – твердые и упрямые, одни стремятся к знаниям ради знания, другие увлекаются механической работой».

**И. Песталоцци** говорил о важности умения учителя различать подготовленность каждого ученика и в соответствии с этим применять к нему приемы обучения. А. Дистервег обращал внимание на различия умственного развития учащихся. «Одному ребенку легче дается отвлеченное мышление, другому доступнее чувственное познание, третий схватывает истину благодаря картине или рассказу, бывают умы теоретические и практические», – писал А. Дистервег.

**В XX веке** проблема учета индивидуальных особенностей учащихся связана с разработкой основ дифференциации обучения и осуществлялась в нескольких направлениях: 1) определение критериев дифференциации школьников; 2) нахождение путей обучения учеников, имеющих различный уровень подготовки; 3) создание организационно педагогических предпосылок разно уровневого обучения.

**А. Кирсанов** полагает, что реализация дифференцированного обучения должна осуществляться на основе черт характера, уровня подготовки школьников и своеобразия их интересов. **И. Унт** к особенностям учащихся, которые следует учитывать при дифференциации учебной работы, относит: 1) обучаемость (умственные способности); 2) учебные умения; 3) обученность; 4) познавательные интересы. **Так зародилась педагогика многообразия, с многообразными образовательными услугами.** Центральной проблемой педагогики многообразия является проблема определения критериев выделения групп учащихся, разработка содержания принципов, методов, форм работы с ними и подходов, средств их адаптации в современном социуме. К критериям многообразия школьников в условиях развития современного общества можно отнести: - виды и уровни одаренности детей; - виды девиации детей из неблагополучных семей; - виды физических отклонений детей; - виды поликультурных различий детей.



В качестве основного средства организации обучения учащихся разных групп можно рассматривать инклюзивное образование. **Инклюзивное образование** обеспечивает равный доступ к образованию всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей. Данный вид образования **открывает доступ к обучению детей с ограниченными возможностями здоровья** не только в специализированных учреждениях, но и в обычном учебном заведении. Это позволяет избежать изолированности учащихся, имеющих какие-либо девиации, от реального общества, показать многообразие окружающей действительности, сформировать эмпатическое понимание ближнего во взаимодействии друг с другом и с миром. Разработка инклюзивной политики предполагает: - развитие школы для всех; - поддержку разнообразия. Для ее реализации необходимо присутствие инклюзивных подходов во всех школьных планах.

Инклюзивная политика предполагает учет индивидуальных способностей, возможностей каждого школьника, уважительное отношение к потребностям и интересам своих учеников, поддержку и сопровождение всех учащихся в процессе освоения знаний и деятельности по их реализации. Для эффективного функционирования школ, осуществляющих инклюзивное образование, необходимо создание и развитие соответствующего инклюзивного пространства с учетом специфики поликультурной среды обучающихся.

К характеристикам этого пространства мы относим:

- 1) целостность (наличие соответствующей структуры и условий для обучения и развития поликультурной среды учащихся);
- 2) системность (создание макросистемы, связанной с взаимодействием учреждений образования, общественных организаций, занимающихся проблемами инклюзивного образования, и микросистемы, позволяющей осуществлять обучение школьников в условиях их многообразия);
- 3) аутентичность (соответствие жизненным проявлениям учащихся);
- 4) индивидуализацию (построение работы с учащимися с учетом их индивидуальных особенностей);
- 5) управляемость (возможность функциональных изменений в зависимости от конкретных ситуаций образовательного процесса);
- 6) социальную направленность (нацеленность на применение полученных знаний, умений в конкретной общественной деятельности).

Структурировать инклюзивное пространство, унифицируя понятия «педагогика многообразия» и «инклюзивное образование», можно следующим образом:

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире более 200 млн. детей с ограниченными возможностями. Среди них, как правило, дети следующих категорий:

1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
2. Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
3. Дети с нарушением речи (логопаты);
4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
5. Дети с умственными ограничениями (с умственной отсталостью);
6. дети с трудностями в обучении, вызванными задержкой психического развития;
7. Дети с нарушением поведения и общения;
8. дети с комбинированными (тяжелыми и множественными) нарушениями (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

*Дети с ограниченными возможностями (особенностями развития) — это дети-инвалиды, либо другие дети, в возрасте от 0 до 18 лет, имеющие значительные временные или постоянные или прогрессирующие отклонения от нормального*

*психического и физического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами и в силу этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.*

Понятие "дети с ограниченными возможностями" охватывает категорию детей и подростков, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Дети с ОВЗ вне сферы досягаемости в возможности получения информации, скованны в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций, не могут овладеть предметно-практической деятельностью и всем многообразием человеческого опыта.

В соответствии с разными профессиональными подходами к феноменологии понятия «ограниченные возможности здоровья» и разными основаниями для систематики существуют разные классификации. С целью обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в разных странах создана и успешно функционирует специальная инфраструктура, которая включает специальные школы-интернаты, центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, специальные (компенсирующие) детские дошкольные учреждения, детские дома специального типа, специальные классы и группы в образовательных учреждениях.

Однако наиболее перспективной формой в отношении обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья является инклюзивная школа, где интеграция носит не только образовательный, но и социальный характер. Такая школа предполагает не только обучение детей с особенностями психофизического развития вместе со своими сверстниками, но и особую культуру взаимодействия в школьном социуме, совместное проведение досуга и различных школьных мероприятий, когда различия детей признаются, приветствуются и налаживается тесное общение всех субъектов образовательного процесса. При этом в школе создаются необходимые условия для удовлетворения специальных образовательных потребностей детей с особенностями развития: безбарьерная среда на улице, в школьном помещении; образовательное пространство, обеспеченное необходимыми дидактическими средствами; работа в инклюзивном классе двух педагогов – обычного и специального.

## **2. Классификация детей с ОВЗ.**

*В основе педагогической классификации таких нарушений лежит характер особых образовательных потребностей детей с нарушениями в развитии и степень нарушения.* Наиболее распространенными основаниями являются следующие:

1. причины нарушений;
2. виды нарушений с последующей конкретизацией их характера;
3. последствия нарушений, которые сказываются в дальнейшей жизни.

Необходимо отметить, что *некоторые подгруппы ОВЗ переходят из одной классификации в другую*, иные представлены в единичных вариантах, или из одной системы в другую объединяются.

<p><b>Таблица 2.1. Классификация детей с ОВЗ</b></p> <p><i>В классификации Маллера А.Р.</i>, основой которой является характер нарушения, недостатка, различают следующие категории лиц с ограниченными возможностями: 1. глухие; слабослышащие; позднооглохшие 2. незрячие; слабовидящие; 3. лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; 4. лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы; 5. лица с нарушением интеллекта; 6. дети с задержкой психического развития (трудно обучаемые); 7. лица с тяжелыми нарушениями речи; 7. лица со сложными недостатками развития.</p> <p><i>Классификация Егоровой Т.В.</i> является более обобщенной классификацией, в основе которой</p>
---

лежит группировка указанных выше категорий нарушений в соответствии с локализацией нарушения в той или иной системе организма: 1. телесные (соматические) нарушения (опорно-двигательный аппарат, хронические заболевания); 2. сенсорные нарушения (слух, зрение); 3. нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения).
<i>Классификация Власовой Т. А. и Певзнер М.С.</i> представляют следующие категорию: 1) дети с отклонениями в развитии, вызванными с органическими нарушениями ЦНС; 2) дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью ЦНС; 3) дети с отклонениями в связи с депривационными ситуациями.
<i>Классификация Лапишина В.А. и Пузанова Б.П.</i> 1) дети с сенсорными нарушениями (зрения и слуха); 2) дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость и задержка психического развития); 3) дети с нарушениями речи; 4) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата; 5) дети с комплексными, комбинированными расстройствами; 6) дети с искаженным (дисгармоничным) развитием.
<i>Классификация Коберник Г.Н. и Синёв В. Н.:</i> 1) дети со стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие); 2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие); 3) дети со стойкими нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения центральной нервной системы; 4) дети с тяжелыми речевыми нарушениями; 5) дети с комплексными расстройствами; 6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата; 7) дети с задержкой психического развития; 8) дети с психопатическими формами поведения.
<b>К основным категориям детей, имеющих психическую патологию, относят:</b> - детей с умственной отсталостью; - детей с эндогенными психическими заболеваниями; - детей с реактивными состояниями, конфликтными переживаниями, астениями; - детей с признаками задержки психического развития; - детей с признаками психопатии.

Дети с ОВЗ - это дети, которые имеют различного рода отклонения (психические и физические), обуславливающие нарушения естественного хода их общего развития, в связи с чем они не всегда могут вести полноценный образ жизни. Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования. При этом столь выраженный диапазон различий наблюдается не только по группе с ОВЗ в целом, но и в каждой входящей в нее категории детей.

**3. Дети с нарушениями зрения. Общие понятия.** Дети с нарушениями зрения представляют большую и очень разнообразную группу как по характеристике состояния их зрения, так и по происхождению заболеваний и условиям социального развития. Объектом исследования является незрячий (слепой), слабовидящий ребенок, а также ребенок с амблиопией и косоглазием. В настоящее время понятие «слепой» (незрячий) рассматривается с позиции определения ведущей системы анализаторов, на основе которой ведется педагогический процесс. Поэтому к слепым относятся две категории детей: дети с визусом «О» и свето-ощущением, а также дети, имеющие остроту остаточного зрения до 0,04 включительно на лучшем видящем глазу с коррекцией, обучение которых осуществляется на основе системы Брайля по учебникам, предназначенным для восприятия посредством осязания. Анализ контингента детей с нарушениями зрения показывает, что его изменения имеют несколько тенденций, или направлений.

**Первая тенденция** - существенное увеличение детей, **имеющих остаточное зрение** (до 90%): лишь **3 - 4% детей тотально слепые**, 7% - со свето-ощущением, 10 % - с визусом выше 0,06. **Вторая тенденция** - увеличение числа сложных комплексных зрительных заболеваний. Только в отдельных случаях имеются нарушения зрения, характеризующиеся

единичным поражением зрительных функций. Материалы исследований дошкольников показывают, что у большинства из них имеется по два-три различных глазных заболевания, что свидетельствует о дальнейшем росте этой категории детей. *Третьей тенденцией* является *увеличение числа дефектов, сопутствующих зрительному заболеванию*, и среди них - связанных с нарушениями деятельности центральной нервной системы (ЦНС). Так, зрительные нарушения у детей дошкольного возраста в 77,6% сопровождаются остаточными явлениями детского церебрального паралича (ДЦП), задержками психического развития, олигофренией в стадии дебильности, остаточными явлениями органических поражений ЦНС, энцефалопатиями, неврозоподобными состояниями, гидроцефалией и другими первичными нарушениями: речи, двигательной сферы.

**3.1. Причины нарушения зрения и основные методы исследования зрения.** Анализ *причин слепоты и слабовидения* показывает, что в 92 % случаев слабовидения и в 88 % случаев слепоты имеют *врожденный характер*, более чем в 30 % случаев они имеют *наследственные формы*. Среди причин детской слепоты четко прослеживается возрастание частоты врожденных аномалий развития органа зрения. Так, врожденная зрительная патология отмечается в работах М. И. Земцовой и Л.И.Солнцевой в 60,9 % случаев, в исследованиях А. И. Каплан -- в 75 %, Л. И. Кирилловой - в 91,3 %, А. В.Хватовой - в 92 % случаев у слабовидящих и в 88 % -- у слепых, И. Л. Ферфильфайн с соавт. - в 84,2 % случаев.

Врожденные		Приобретенные
Наследственные	Внутриутробные заболевания	Заболевания ЦНС после рождения
Катаракты, глаукомы, патологии сетчатки, атрофии зрительного нерва, близорукости и др. Врожденные катаракты, обусловлены наследственными факторами, хромосомными заболеваниями (например болезнью Дауна).	Катаракта, слепота, слабовидение аномалии и заболеваниях зрительного нерва, часто развиваются внутриутробными инфекциями плода, во время беременности матери (токсоплазмоз, краснуха, грипп и другие вирусные заболевания, интоксикации плода, обострение хронических болезней).	заболевания ЦНС - центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менинго-энцефалит); осложнения после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина); травматические повреждения мозга или глаз.

***Врожденные заболевания и аномалии развития органа зрения*** могут быть следствием внешних и внутренних повреждающих факторов. Примерно 30 % из них - наследственные формы (тапеторетинальная дегенерация, миопия, врожденная глаукома, атрофия зрительного нерва, ретролентальная фиброплазия). Кириллова Л. И. отмечает наследственные нарушения обмена веществ в виде альбинизма; наследственные заболевания, приводящие к нарушению развития глазного яблока: - врожденный анофтальм, микрофтальм. ***Микрофтальм*** - грубое структурное изменение глаза, характеризующееся уменьшением размеров одного или обоих глаз и значительным понижением зрения. При микрофтальме глаз предрасположен к различным воспалительным заболеваниям с дальнейшим понижением зрения. В редких случаях встречается ***анофтальм*** как врожденное безглазие. - заболевания роговой оболочки - дистрофии роговицы. К врожденным заболеваниям относятся пигментная дистрофия (дегенерация) сетчатки, характеризующаяся сужением поля зрения до полной его потери, и астигматизм – аномалия рефракции, т.е. преломляющей способности глаза. - наследственная патология сосудистой оболочки - аниридия, колобома сосудистой оболочки; - врожденные катаракты (врожденные катаракты генетического происхождения). Катаракта – помутнение хрусталика, является самой распространенной формой врожденного изменения органа зрения.

- отдельные формы патологии сетчатки, дегенерация Штаргардта, атрофия Лебера, врожденная атрофия. - врожденные доброкачественные мозговые опухоли. Симптомы

проявляются не сразу, а лишь на определенном этапе развития. Зрение постепенно снижается, причем это состояние может сопровождаться повышенной утомляемостью и головными болями. В этом случае необходимо оперативное вмешательство.

Нарушения зрения могут иметь прогрессирующий (постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса) или непрогрессирующий (врожденные пороки зрительного анализатора: астигматизм — недостаток преломляющей способности глаза; катаракта — помутнение хрусталика).

Причинами нарушений зрительных функций часто являются глазные болезни на фоне общего заболевания организма, чаще всего миопия (близорукость), дальнозоркость, астигматизм и др. Кроме наследственных факторов у слепых и частично видящих детей имеются аномалии развития органа зрения как следствие внешних и внутренних отрицательных факторов, действовавших в период эмбрионального развития плода, - патологического течения беременности, перенесенных матерью вирусных заболеваний, токсоплазмоза, краснухи.

Опасны тяжелые заболевания матери во время беременности, особенно на ранних ее этапах, когда у плода формируются органы зрения. Внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы вследствие осложненных родов, различные травматические повреждения мозга (ушибы или ранения головы) и глаз в послеродовой период могут привести к нарушению зрения. Приобретенная катаракта нередко бывает травматического происхождения. Тяжелое заболевание, связанное с повышением внутриглазного давления и изменениями в тканях глаза, – глаукома, приводящая к потере зрения; атрофия зрительного нерва – заболевание, характеризующееся нарушением связи между сетчаткой глаза и зрительными центрами; заболевания ЦНС (менингит, менингоэнцефалит), осложнения после общих заболеваний организма (грипп и др.) – неполный перечень основных приобретенных зрительных аномалий, вызывающих различные по степени нарушения зрительной функции.

Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения, которая проверяется по таблицам, составленным из 10–12 видов букв, знаков или хорошо знакомых предметов (для детей). Каждый последующий ряд знаков по сравнению с предыдущим означает соответственно разницу в остроте зрения на 0,1. Нормальная острота зрения большинства людей, способна определять буквы или знаки десятой строки таблицы на расстоянии 5 м, равна 1,0. Исследуемый, определяющий на расстоянии 5 м буквы и знаки пятой строки, имеет остроту зрения 0,5, а первой строки – 0,1. Если острота зрения ниже 0,1, используется счет раздвинутых пальцев на расстоянии 5 м, острота зрения, равной 0,09. Тот же счет пальцев рук на расстоянии 2 м приблизительно соответствует остроте зрения 0,04, на расстоянии 0,5 м – 0,01, а с расстояния 30 см – 0,005.

Острота зрения, при которой ребенок не различает пальцев, а видит только свет, равна светоощущению. Если ребенок не может отличать света от темноты, острота зрения его равна нулю. Для исследования остроты зрения используют таблицы различных авторов (Сивцева, Головина, Орловой и т.д.) содержит 12 строк печатных букв (всего 12 строк + 3 дополнительных), размер букв уменьшается от строки к строке в направлении сверху вниз. Слева каждой строки указано расстояние D (в метрах), на котором нормальный глаз видит данный ряд. Справа каждой строки указана величина V (в условных долях единицах: 1,0 — нормальное зрение, 0,9; 0,8, и т. д. до 0,1) — это острота зрения при чтении букв с расстояния 5 метров (0,1 если глаз видит только верхний ряд; 2,0 — если виден нижний ряд). Нормальное зрение (1,0) — когда человек видит каждым глазом с расстояния 5 метров десятую строку. Исследования проводят для каждого глаза отдельно: сначала определяют остроту зрения одного, затем другого глаза. Величина рассчитывается по формуле:  $V = d : D$ , где: V — острота зрения; d (расстояние с которого проводится исследование); D - расстояние, на котором нормальный глаз видит данный ряд.



### 2.3. Таблицы для исследования остроты зрения

<p>ТАБЛИЦА СИНЦЕВА Д.А. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ</p> <p>D = 50,0 Ш Б V = 0,1</p> <p>D = 25,0 М Н К V = 0,2</p> <p>D = 16,67 Ы М Б Е V = 0,3</p> <p>D = 12,5 Б Ы Н К М V = 0,4</p> <p>D = 10,0 И Н Ш М К V = 0,5</p> <p>D = 8,33 И Ш Ы И К П V = 0,6</p> <p>D = 7,14 Ш И Н В К Ы V = 0,7</p> <p>D = 6,25 К Н Ш М Ы В И V = 0,8</p> <p>D = 5,55 Б К Ш М Ы Н V = 0,9</p> <p>D = 5,0 Н К И Ш М Ы В V = 1,0</p> <p>D = 3,33 Ш И Н К М Ы В V = 1,5</p> <p>D = 2,5 И К Ш М Ы В Н V = 2,0</p>	<p>ТАБЛИЦА ОРАБОВОЙ</p> <p>D = 50,1</p> <p>D = 40,1</p> <p>D = 30,1</p> <p>D = 20,1</p> <p>D = 15,1</p> <p>D = 10,1</p> <p>D = 8,1</p> <p>D = 6,1</p> <p>D = 5,1</p> <p>D = 4,1</p> <p>D = 3,1</p> <p>D = 2,1</p>	<p>Таблица ГОЛОВИНА</p> <p>D = 50,0</p> <p>D = 30,0</p> <p>D = 20,0</p> <p>D = 15,0</p> <p>D = 10,0</p> <p>D = 8,0</p> <p>D = 6,0</p> <p>D = 5,0</p> <p>D = 4,0</p> <p>D = 3,0</p> <p>D = 2,0</p>
--	---	---

В медицинских документах, при близорукости (миопии): **OD** (обозначение **правый глаз** — oculus dexter) **OS** (обозначение **левый глаз** — oculus sinister). Если значения для каждого глаза совпадают, запись может быть (пример): **OУ** (обозначение **оба глаза** — oculus utrumque).

В зависимости от значения коррекции зрения выделяют **3 степени миопии**:

I степень миопии — слабая — до  $-3D$ ; **При дальнозоркости (гиперметропии)**:

II степень миопии — средняя — от  $-3D$  до  $-6D$ ;

OD +1,75D

III степень миопии — высокая — свыше  $-6D$ .

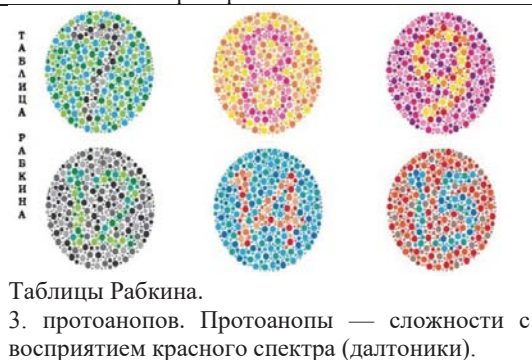
OS +1,75D

В зависимости от значения коррекции зрения выделяют **3 степени гиперметропии**:

I степень гиперметропии — слабая — до  $+2D$

II степень гиперметропии — средняя — от  $+2D$  до  $+5D$ .

III степень гиперметропии — высокая — свыше  $+5D$ .



**Таблицы Рабкина.** Набор изображений для выявления дальтонизма состоит из 27 основных изображений (48 с учетом дополнительных). В сложных разноцветных изображениях человек должен увидеть определенные знаки или цифры. Если присутствуют какие-либо дефекты цветовосприятия, то будут распознаны не все символы. Исходя из проверки по данным таблицам, офтальмологи делят людей на 3 категории: 1. Трихроматов. Трихромант — человек без нарушений зрения, способен увидеть все скрытые знаки. 2. Дейтеранопов. Дейтеранопы — люди, у которых отсутствует видение зеленого спектра.

**3.2. Виды нарушения зрения.** По степени нарушения функции зрительного анализатора, детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих. **Виды нарушений зрения:** **1. СЛЕПОТА.** Острота зрения от 0 до 0,05 (включительно) или границы поля зрения менее 15% до точки фиксации. В зависимости от времени поражения зрительного анализатора выделяют несколько категорий детей слепых детей: слепорожденные; рано ослепшие; лишившиеся зрения после 3 лет жизни.

**Тотально — абсолютно слепые (незрячие) — не видят свет..** Острота зрения равна нулю. Полностью отсутствуют зрительные ощущения на оба глаза. При тотальной слепоте обучение полностью основано на использовании слухового и осязательного восприятия. В начальной школе для слепых детей чрезвычайно важно заложить навыки применения рельефно-точечного шрифта Брайля. Для активизации обучения в качестве аппаратных средств для всех категорий слепых используются устройства, основанные на шрифте Брайля, например, брайлевские дисплеи и брайлевские принтеры. К программным средствам специального типа относятся синтезаторы голоса, озвучивающие экранный текст. Все учебное



и коррекционное программное обеспечение должно быть основано на слуховом восприятии, например, аудио книги и звуковые прикладные программные средства.

**2. Слепые со светоощущением – отличают свет от тьмы.** Практическая слепота, при которой сохраняется или светоощущение на уровне различения света от темноты. **Для детей, имеющих светоощущение** с правильной проекцией, помимо озвученных учебных ресурсов, рекомендуется использовать программное обеспечение коррекционного типа, обучающее ориентировке в пространстве на основании световых стимулов, предъявляемых на сенсорном экране. Использование для этой и последующих групп сенсорного экрана в качестве средства визуализации данных позволяет существенно снизить вероятность дальнейшей потери зрения. Все коррекционные и учебные прикладные программные средства могут быть разработаны учителем, с использованием мультимедийного редактора Ms Office Power Point, прост и нагляден в освоении, обеспечивает гибкость контента и полисенсорность демонстрируемого материала. **3. Слепые со светом и цветоощущением** – отличают свет от тьмы, различают цвета. В качестве программного обеспечения коррекционного типа используются программы для определения света и цветов, что позволяет значительно повысить возможности ориентировки в пространстве.

Слепота – от 0 до 0,04	Зрение - норма – от 0,9 до 1,0. Зрение считается нормальным при остроте от 0,9 до 1,0 на лучшем глазу, при видящем худшем глазу и отсутствии цветоаномалий.
Слабовидение – от 0,05 до 0,4	
Пониженное зрение – от 0,5 до 0,8	

**4. Слепые с остротой зрения от 0,005 (не включая) до 0,01 (включительно)** – считают пальцы у лица. Присутствие зрительного восприятия на уровне фиксации движения предметов и счета пальцев позволяет использовать в обучении коррекционные программные средства с визуальной оболочкой. При этом объекты должны иметь максимальный контраст и размеры, в качестве средства визуализации используется сенсорный экран, расстояние от которого до глаз ребенка позволяет различать направление движения. Все программы обязательно должны озвучиваться.

**5. Слепые дети с форменным (предметным) зрением от 0,01 (не включая) до 0,05 (включительно)** — наблюдается остаточное зрение (до 0,04 с коррекцией очками), при котором сохраняется **остаточное форменное зрение** - видение (возможность воспринимать контуры, силуэты, пальцы рук вблизи лица). Остаточное зрение характеризуется: неравнозначностью взаимодействия различных зрительных функций и несоответствием их параметров; неустойчивостью зрительных возможностей и снижением скорости и качества переработки информации; наступлением быстрого утомления из-за снижения функциональных возможностей зрения. Сотые доли зрения позволяют использовать в обучении озвученные коррекционные программы на опознание формы и размеров предметов при условии использования сенсорного экрана в качестве средства визуализации.

**Слабовидящие.** Острота зрения от 0,05 (не включая) до 0,4 (включительно).

**6. Слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 (не включая) до 0,1 (включительно).** Слабовидящие дети в отличие от слепых обучаются чтению плоскочечатного шрифта. Аппаратное обеспечение, поддерживающее шрифт Брайля, в данном случае не рационально. Исключение составляют дети с прогрессирующими заболеваниями глаз, ведущими к слепоте. При наличии сенсорного экрана нет необходимости в использовании электронных увеличителей, что крайне ценно, так как зрение слабовидящих рассматриваемой группы характеризуется нестабильностью, а чтение с экрана монитора может привести к дальнейшему его ухудшению. В обучении слабовидящих используются прикладные программные средства учебного назначения с повышенным контрастом увеличенных изображений и звуковым сопровождением. Повышенный контраст можно обеспечить жирным

черным контуром графических объектов и использованием шрифтов, близких к черному на белом фоне. Этот же прием устраняет проблемы, связанные с искажением цветового восприятия.

**7. Слабовидящие дети. Острота зрения от 0,1 (не включая) до 0,2 (включительно).**

Программные средства для детей аналогичны вышеописанным. Отличие заключается в размерах экранных объектов и шрифтов, уровне контраста и расстоянии до экрана монитора, зависящих от остроты зрения.

**8. Слабовидящие дети с остротой зрения от 0,2 (не включая) до 0,4 (включительно).**

Эти дети уверенно используют зрительное восприятие, что позволяет сократить список требований к прикладным программным средствам учебного назначения. Допускается (не систематически) использовать программы без звукового сопровождения при условии высокого контраста и достаточного размера объектов. Большинство современных учебных прикладных программных средств при всей педагогической ценности не имеют озвучивания, что делает их неприменимыми в обучении детей с более низкой остротой зрения. Слабовидение, в отличие от остаточного зрения, дает больше возможностей использования зрительного анализатора в познании мира. У слабовидящих, чаще выявляются *косоглазие и амблиопия*.

**Косоглазие** проявляется в нарушении бинокулярного зрения. Бывает односторонним и двусторонним. Причинами косоглазия выступают нарушения рефракции (преломляющей способности хрусталика); расстройства аккомодации (приспособления глаза к рассматриванию предметов на разных расстояниях); конвергенции (сведение осей глаз для видения предметов на близком расстоянии). **Амблиопия** — формы поражения зрения, не имеющие видимой анатомической или рефракционной основы; наиболее частая причина — косоглазие. Осуществление коррекции амблиопии возможно при правильно организованной коррекционно-педагогической работе с использованием специальных оптических и технических средств коррекции и компенсации, а также упражнений и дидактических заданий, стимулирующих деятельность сетчатки глаза для повышения остроты зрения.

**Дети с пониженным зрением.** Острота зрения от 0,4 (не включая) до 0,9 (не включая). Наиболее распространенной формой аномалии рефракции, приводящей к снижению остроты зрения, является *миопия (близорукость)*, достаточно часты *гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм*. Часто причиной слабовидения является атрофия сетчатки, зрительного нерва, нистагм и другие глазные заболевания. **Астигматизм** — аномалия преломляющей способности глаза, при которой в одном глазу наблюдается сочетание различных видов рефракции. **Астигматизм не всегда корректируется очками**, поэтому у детей возникают трудности видения объема, глубины, удаленности объектов.

**9. Трихроматы с пониженным зрением.** Нормальный трихромат – это человек без нарушений зрения, способен различать все скрытые знаки, цифры или геометрические фигуры, составленные из кружков одного цвета. У аномальных трихроматов нарушение цветовосприятия выражается в неразличении каких-либо оттенков того или иного цвета. Тританомалия, тританопия — это нарушение восприятия цветовых ощущений в сине-фиолетовом и жёлтом спектре. Встречается крайне редко - менее 1 % у мужчин и женщин. Данное нарушение не зависит от пола, так как вызвано мутацией в 7-й хромосоме. Аномальная трихромазия подразделяется на протаномалию – нарушение восприятия красного цвета, дейтераномалию – нарушение восприятия зеленого цвета и тританомалию – нарушение восприятия синего цвета (классификация по Крису-Нагелю-Рабкину).

**Дейтеранопия.** (Deuteranopia) - дефект цветового зрения, при котором красный, желтый и зеленый цвета сливаются воедино. Дейтеранопы. это дальтоники, которые плохо воспринимают сразу несколько цветов, особенно отсутствие видения зеленого спектра. Вместо

яркого зеленого яблока дейтераноп видит грязновато-желтое. Чаще встречается у мужчин. **Протанопы** – это дальтоники, которые не воспринимают красного цвета. Вместо красного цвета им видится либо черный, либо коричневый.



Фигура 2.1. Классификация детей с нарушением зрения по признаку использования: Информационные коммуникационные технологии (ИКТ) в обучении (условные обозначения: УППС - учебные прикладные программные средства, КППС - коррекционные прикладные программные

**10. Цветоаномалы с пониженным зрением.** Острота зрения этих детей позволяет использовать в обучении как готовые программные средства учебного назначения, так и специально разработанные. Однако при выборе программ, следует обращать внимание не только на педагогическую ценность ресурсов, но и на следующие моменты: возможность изменения размеров графических объектов и шрифтов без потери структуры контента, контраст фона и изображения, высокий цветовой контраст для детей с нарушением цветового зрения. При наличии у ребенка глазной патологии проводится комплексное медикаментозное лечение, направленное на улучшение питания сетчатки и стимулирование ее функции. Применяются комплексы витаминов, АТФ, алоэ, сосудорасширяющие и другие препараты.

#### **Дети с нормальной остротой зрения.**

Острота зрения от 0,9 (включительно) до 1,0 (включительно).

**11. Цветоаномалы с нормальной остротой зрения** могут различать оттенки, недоступные тем, у кого зрение считается нормальным.

**12. Слепые на один глаз с остротой зрения на лучшем глазу от 0,9 (включительно) до 1,0 (включительно).** Дети, попадающие в группу так называемой «нормы», то есть нормальной остроты и поля зрения на лучшем глазу, зачастую имеют зрительные проблемы: аномальное цветовосприятие и низкая вплоть до 0 острота зрения на втором глазу. В первом случае при выборе программных средств необходимо обращать внимание на высокий цветовой контраст, во втором – использовать стандартные программные средства, определять место ребенка перед сенсорным экраном под углом лучшего восприятия здоровым глазом.

**Подход, изложенный в схеме №1,** позволяет на основании особенностей зрения определить первичный набор аппаратных и программных средств, необходимых для обучения с использованием ИКТ, то есть сформировать стартовые характеристики ИКТ-обучения, которые впоследствии будут уточняться в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребенка.

<b>Таблица 2.5. Характеристика психических процессов у детей с нарушениями зрения</b>
<b>Нарушение зрения:</b> - незрячие и слабовидящие; - органическое поражение зрительного анализатора; - не могут использовать зрение в ориентировочной и познавательной деятельности. <b>МКБ-11 (Международная Классификация Болезней – ВОЗ). БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА. Коды: (H00-H59)</b> H00-H59 болезни глаза и его придаточного аппарата H53-H54 зрительные расстройства и слепота H54 слепота и понижение зрения (амблиопия) H54.0 Слепота обоих глаз
<b>Восприятие.</b> - нет полноты, целостности - осязательно-двигательное и двигательное-слуховое
<b>Мышление.</b> - сужены понятия; - нет целостности; - не имеют обоснованных суждений и заключений; - словесно-логическое у незрячих и наглядно-образное у слабовидящих; - практически-действенное при действии с предметами.
<b>Речь.</b> - медленное развитие; - несоответствие слов и образов; - формализм.
<b>Память.</b> - быстрое забывание. - ограниченный объем; - медленное запоминание; - плохая долговременная и хорошая кратковременная, слуховая, осязательная; - развитая словесно-логическая.
<b>Внимание.</b> - преобладание произвольного. - переключение на второстепенные объекты и рассеянность; - утомляемость; - низкий объем - хаотичность и отсутствие целенаправленности.
<b>Движения.</b> - трудность в пространственной ориентировке и формировании двигательных навыков. - снижена двигательная активность; - нет точности и координации; - двигательная расторможенность.
<b>Поведение.</b> - отсутствие целеустремленности и сдержанности. – суетливость; - низкая дисциплина и неорганизованность; - конфликтность; - возможен невроз в виде неврастения.

Фактор времени наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития слепого ребенка. **Чем раньше наступила слепота, тем более заметны отклонения,** психофизические особенности и своеобразие развития. В зависимости от времени наступления нарушения функции зрительного анализатора выделяют слепорожденных и ослепших, т.е. лишившихся зрения после рождения.

Психическое развитие слепорожденных детей имеет те же закономерности, что и развитие зрячих детей, однако тяжелое первичное поражение зрения проявляется в различных вторичных отклонениях и особенностях психического развития детей.

Отсутствие возможности визуально (с помощью зрения) воспринимать признаки предметов и явлений, ориентироваться в пространственных признаках обедняет чувственный опыт, а следовательно, нарушает взаимодействие сенсорных и интеллектуальных (отвлеченно-логических) функций слепых детей, сдерживает развитие образного мышления.

**Последствиями слепоты являются:** ограниченность двигательной сферы; неполнота содержания социального опыта; своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта; возникновение трудностей в игровой, учебной и профессиональной деятельности; неуверенность, пассивность, склонность к самоизоляции; повышенная

возбудимость, раздражительность, агрессивность и др. Ослепшие дети обладают частично сохранившейся зрительной памятью, которую необходимо развивать. Особенности умственного развития детей с выраженными дефектами зрения являются ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний; при достаточном формальном словарном запасе (вербализм) - недостаточная предметная соотнесенность слов.

Дефекты зрения часто тормозят развитие двигательных навыков и умений и определяют малую моторную активность ребенка, общую медлительность. На этом фоне у детей нередко возникают двигательные стереотипообразные движения в виде потряхивания рук перед глазами, похлопывания и другие. Для детей с дефектами зрения характерны также медлительность, малая психическая активность, повышенная истощаемость. Эти нарушения особенно выражены у детей с органическим поражением нервной системы.

Для слепых детей характерна своеобразная ориентировочная реакция на звук. У зрячих детей в раннем возрасте звуковые раздражители имеют важное ориентировочное значение, которое, однако, в дальнейшем в связи с активизацией функций других анализаторов постепенно ослабляется. У слепых детей ориентировочная реакция на звук сохраняет свое значение и даже усиливается, так как звуки – основной фактор их ориентировки. Глубокие дефекты зрения отрицательно влияют на формирование двигательных навыков слепорожденного ребенка. Неудачи и затруднения, возникающие в процессе обучения ходьбе, закрепляются в виде неприятных переживаний и приводят к резкому ограничению двигательных функций у слепых детей. Развитие высших форм познавательных процессов (внимание, логическое мышление и речь, память) у слепорожденных детей практически протекает нормально. Вместе с тем, нарушение взаимодействия чувствительных и интеллектуальных функций проявляется в некотором своеобразии их мыслительной деятельности. У слепых детей с большим трудом формируется правильное соотношение между накопленными словесными (отвлеченными) знаниями и конкретными представлениями. Они легче усваивают отвлеченные понятия, нежели слова с конкретным значением.

Потеря зрения оказывает влияние на своеобразии эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, овладении профессией, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции. В одних случаях своеобразии характера и поведения проявляется в неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции, в других – в раздражении, возбудимости и даже агрессивности.

Ослепших детей отличает от слепорожденных время потери зрения. Так как у ослепших детей оно утрачено после рождения (в дошкольном или школьном возрасте), большое значение для их развития имеет сохранность ранее сформированных зрительных представлений. Чем позже ребенок потерял зрение и чем больше следов прежних зрительных представлений сохранилось в его памяти, тем легче воссоздается образ предмета или явления на основе словесных описаний. В этом случае ведущую роль играет зрительная память, которая может сохранять зрительные представления в течение длительного времени. Постепенное стирание зрительных представлений проходит у детей индивидуально.

Слепой ребенок сохраняет значительные возможности психофизического развития и принципиальную возможность полноценного познания. Нормальная мыслительная деятельность такого ребенка опирается на сохранные анализаторы. У слепого ребенка в условиях специального обучения формируются приемы и способы использования кожного, слухового, двигательного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу, на которой развиваются психические процессы. Именно на этой основе развиваются высшие



формы познавательной деятельности (произвольное внимание, мышление, речь, воссоздающее воображение, логическая память), которые являются ведущими в процессах компенсации.

При близорукости нарушение рефракции глаза выражается в том, что лучи, идущие от предмета, преломляются не на сетчатке, а перед ней. При дальнозоркости преломление лучей, идущих от предмета, происходит позади сетчатки. Вследствие этих отклонений на сетчатке образуются неясные, расплывчатые изображения. Дальнозоркость у детей встречается реже, чем близорукость, и, преобладая у младших школьников, с возрастом значительно снижается. Количество детей с близорукостью имеет тенденцию к увеличению. У одного и того же человека близорукость не остается стационарной, а может увеличиваться. Это обычно происходит при нарушении санитарно-гигиенических правил учебной работы в школе и дома (недостаточное освещение, перегрузки зрения). При прогрессирующей близорукости ухудшается зрение и общее состояние организма (например, ослабление опорного аппарата). В свою очередь, воспалительные процессы глаз, детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина и пр.) оказывают влияние на усиление близорукости, поэтому так необходимо иметь своевременную информацию о состоянии зрения детей и неукоснительно выполнять рекомендации врача (ношение корригирующих очков, соблюдение щадящего режима).

**В помощь слабовидящим** помимо обычных предоставляются специальные оптические средства коррекции зрения (телескопические очки, контактные линзы, лупы, проекторы), создается повышенная освещенность в учебных помещениях (сила света 500–700 кандел (кд), от лат. *candela* – свеча) применяются учебники с крупным шрифтом и тетради со специальной разлиновкой. Специальные одноместные парты обеспечивают правильную посадку, возможность располагать зрительные объекты на необходимом расстоянии от глаз. У слабовидящих детей наряду с ограниченным запасом представлений отмечается их искажение в результате затрудненного и замедленного восприятия. Представления отличаются нечеткостью и нестойкостью. Слабовидение оказывает влияние на психическое и физическое развитие ребенка: в известной степени замедлены процессы запоминания, затруднены мыслительные операции. Отставание физического развития таких детей может быть следствием ограниченности движений. Слабовидящих детей отличают некоторые особенности поведения, вызванные раздражительностью, замкнутостью, негативизмом и некоторыми другими отрицательными чертами характера. Эти недостатки объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками вследствие дефекта зрения. В связи с этим слабовидящие дети нуждаются в специальных условиях воспитания и обучения.

**3.3. Учреждения обучения и воспитания детей с нарушениями зрения.** *Обучение и воспитание слепых и слабовидящих детей осуществляется в условиях соответствующих специальных школ и дошкольных учреждений.* Многочисленные исследования подтвердили, что большинство дошкольников имеют 2-3 глазных заболевания. При практической слепоте улучшение зрения на каждую сотую имеет существенное значение. Педагоги учитывают в работе офтальмологические данные каждого ребенка (степень понижения зрения, характер и причины заболевания, его прогноз и течение), возможности физической нагрузки, допустимое время зрительной работы, использование специальных средств коррекции. Работа с участием зрения чередуется с устными видами занятий. Так, для охраны зрения слабовидящих детей необходимы перерывы в зрительной работе через каждые 10–15 минут. В 1977 г. Д. Уоррен показал, значение создания специальных условий для обучения слепых и слабовидящих детей, с учетом специфики нарушения зрения, индивидуальных потребностей каждого ребенка, предоставления учебного материала для точного восприятия и понимания заданий, в системе. Брайля. На первом этапе обучения система компенсации создает условия для правильного отражения действительности



в наглядно-действенной, а в дальнейшем, по мере накопления опыта, в словесно-логической форме, которая должна быть сформирована на основе непосредственного восприятия действительности с помощью сохранных видов чувствительности. Главенствующую роль на этом этапе играют высшие формы психической деятельности. Процессы компенсации во многом зависят от сохранности остаточного зрения. Самые незначительные остатки зрения важны для ориентации и познавательной деятельности слепого ребенка.

Тифлотехника является отраслью дефектологии, занимающейся конструированием технических приборов и приспособлений для компенсации зрения. Общая цель тифлотехнических и аудиовизуальных средств обучения – приблизить возможности обучения детей с дефектами зрения к уровню нормально видящих учащихся. Услуги технические средства обучения помогают опосредованно передать информацию о визуальных признаках предметов и явлений, используя вместо пораженного сохраненные анализаторы, слуховые или тактильные сигналы; они же выполняют функции обратной связи при передаче информации от незрячего окружающим. С этой целью применяются различные приборы и аппараты – от простейших устройств (например, приспособление для введения нитки в иголку) до фотоэлектрических сигнализаторов, калькуляторов, синтезаторов речи и др. Кроме средств оптической коррекции могут использоваться аудиовизуальные приборы и аппараты, электроннооптические системы с запоминающими устройствами, специальные замкнутые телевизионные устройства с видеомэгнитофоном. Тифлотехнические приборы и аудиовизуальные средства обучения обеспечивают высокую достоверность и точность передачи информации, что содействует оптимизации учебного процесса, повышению его качества и эффективности.

Центральной задачей всей учебно-воспитательной работы со слепыми и слабовидящими детьми в условиях специальных учреждений, является **трудовое воспитание**.

Нарушения зрения в значительной мере снижают возможности трудиться и резко ограничивают трудоспособность. Овладение многими профессиями недоступно незрячим. Это профессии, требующие зрительного наблюдения, контроля и регулирования трудовых действий. Вместе с тем, слепым и слабовидящим детям доступны самые разнообразные виды практической деятельности: от навыков самообслуживания и посильного бытового труда до профессиональной деятельности, требующей высокой квалификации.

**Система трудового обучения** является важнейшим средством всестороннего развития личности, а овладение профессией – важной частью социальной реабилитации. При построении этой системы, включающей профориентационную работу, трудовое и производственное обучение, учитываются характер заболевания, медицинские показания и противопоказания, познавательные возможности, способности, интересы, склонности учащегося. Труд для этой категории детей имеет важное значение как средство воспитания самостоятельности, ответственности, инициативы, средство коррекции и компенсации отклонений психического и физического развития, подготовки к жизни и общественно полезной деятельности. Такие недостатки зрения, как близорукость, широко распространены в массовых школах. **Дети с относительно легким нарушением зрения, аномалией рефракции (близорукость, дальнозоркость, астигматизм) при условии обеспечения им индивидуального подхода могут обучаться в массовой школе.** Корректирующие очки в этом случае обязательны. Воспитатели и учителя должны обеспечить детям следующие условия: правильное освещение, соблюдение режима зрительной работы (чередование различных видов работы и отдыха), лечение сопутствующих заболеваний, ослабляющих организм и способствующих развитию близорукости. Особого внимания со стороны педагога и врача

требуют прогрессирующие заболевания. Симптом ухудшения зрения, даже изменение внешнего вида глаза ребенка могут служить сигналом обострения заболевания.

**В начальные классы нарушения зрения возрастают. Число детей, страдающих близорукостью, заметно возрастает от младшего к старшему школьному возрасту.** Одна из причин этого явления заключается в увеличивающихся нагрузках на зрительный анализатор. Например, доказано, что к ухудшению зрения в известной мере ведет работа с дисплеем, поэтому необходим строгий контроль за объемом заданий, связанных с работой на компьютере. Рост числа дефектов, которые сопутствуют зрительному заболеванию. Как правило, они связаны с нарушением деятельности ЦНС. Доказано, что чем раньше осуществляется надлежащее медицинское вмешательство и специальное коррекционно-воспитательное воздействие, тем оно эффективнее. Овладеть техникой чтения или понять содержание прочитанного, решить арифметическую задачу или пример эти дети не могут, так как плохо видят текст, смешивают буквы и цифры. Написанное на доске, изображенное на таблицах недоступно их визуальному восприятию. Работоспособность таких детей неустойчива из-за быстрого утомления от зрительной работы.

***В условиях обычного школьного режима, вне предоставлений специальных условий и образовательных услуг, у них может наступить перенапряжение зрения, потеря интереса учиться, ухудшении зрения.*** Учитель начальных классов массовой школы должен своевременно распознать слабовидящего ребенка в классе, проконсультироваться с врачом-офтальмологом о целесообразности его дальнейшего обучения в массовой школе или направлении в школу для слабовидящих. Продолжение обучения слабовидящего в массовой школе вне контроля со стороны специалиста-врача может привести к хронической неуспеваемости, педагогической запущенности и дальнейшему ухудшению зрения. Ребенок в таком состоянии нуждается в щадящем режиме, исключающем продолжительные умственные и физические нагрузки, резкие движения и прыжки, наклоны головы и т.п. Все дети с нарушениями зрения должны быть охвачены всеобщим обязательным обучением в дифференцированной сети общеобразовательных и специальных школ и дошкольных учреждений. Коррекционная работа в этих учреждениях должна быть направлена на формирование у детей умственной деятельности, активности и сознательности, на развитие и углубление познавательных процессов. В результате этой работы дети с дефектом зрения достигают высоких результатов в умственном развитии, приобретают гражданские качества и необходимые для участия в общественно-трудовой жизни профессиональные умения и навыки.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Опишите понятие «дети с ограниченными возможностями» в трудах ученых разных эпох времени.
2. Расскажите, как зародилась педагогика многообразия, с многообразными образовательными услугами.
3. Что означает инклюзивное образование?
4. Что предполагает собой инклюзивная политика?
5. Назовите категории лиц с ограниченными возможностями.
6. Раскройте суть понятия "дети с ограниченными возможностями".
7. Расскажите о классификации детей с ОВЗ в трудах ученых.
8. Что представляет собой дети с нарушениями зрения?
9. Назовите причины нарушения зрения у детей.
10. Чем отличается микрофтальм от анофтальма?
11. Почему опасны для зрения тяжелые заболевания матери во время беременности?

12. По каким методикам выявляется острота зрения?
13. Назовите виды нарушений зрения.
14. Расскажите о классификации остроты зрения по версии В. З. Денискиной.
15. Чем отличаются слепые дети от слабовидящих?
16. Что такое косоглазие и амблиопия?
17. Чем отличается астигматизм от косоглазия и амблиопии?
18. Чем отличаются слабовидящие дети от детей с пониженным зрением?
19. Характеризируйте детей со слепотой обоих глаз.
20. Как влияют дефекты зрения на развитие психических процессов и успешности усвоения учебного материала?
21. Что отличает ослепших детей от слепорожденных?
22. Какие средства и услуги предлагаются в помощь слабовидящим?
23. Назовите учреждения обучения и воспитания детей с нарушениями зрения.
24. Какие категории детей могут обучаться в общеобразовательных массовых учреждениях?
25. Какие условия и услуги должны предоставляться детям с нарушениями зрения в общеобразовательных массовых учреждениях?
26. Что такое тифлотехника и аудиовизуальные средства обучения?
27. Каким категориям детей с нарушениями зрения предназначены специальные учреждения?
28. Чем отличается обучение детей с нарушениями зрения в общеобразовательных массовых учреждениях от специальных учреждений?
29. Какие виды образовательных услуг предоставляются детям с нарушениями зрения в общеобразовательных массовых учреждениях?
30. Чем отличаются виды услуг в общеобразовательных массовых учреждениях от видов услуг, предоставляемых детям с нарушениями зрения в специальных учреждениях?
31. Какова центральная задача всей учебно-воспитательной работы со слепыми и слабовидящими детьми в условиях специальных учреждений?

### Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните ниже следующую таблицу

Классификация детей с ОВЗ
В классификации Маллера А.Р.,
Классификация Егоровой Т.В.
Классификация Власовой Т. А. и Певзнер М.С.
Классификация Лапшина В.А. и Пузанова Б.П.
Классификация Коберник Г.Н. и Синёв В. Н.:
К основным категориям детей, имеющих психическую патологию, относят:

2. Заполните ниже следующую таблицу

Причины нарушения зрения		
	Врожденные	Приобретенные
Наследственные	Внутриутробные заболевания	Заболевания ЦНС после рождения

### Литература:

1. Абрамов, В.Г. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности / В.Г. Абрамов. – М., 1993.

2. Аветисов Э.С. Близорукость. -М.: Медицина, 1999. — 285 с.
3. Акимушкин В.М. Основы тифлологии: научное издание / Акимушкин В.М., Моргулис И.С. – К.: Украинское общество слепых, 1993. – 138 с.
4. Алмазов Борис Николаевич. Психологические основы педагогической реабилитации. Издательство: Владос. серия: Учебник для ВУЗов., 2008. ISBN: 978-5-691-01567-0.
5. Астахова Т.В. Коррекция оптических и моторных нарушений письма у младших школьников с использованием изобразительных средств. Методическое пособие с электронным приложением. Изд-тво: Владос., 2018, с. 39. ISBN: 978-5-9500674-3-3.
6. Арчюлене Ю-В.М. Офтальмологическая характеристика слепых и слабовидящих детей Литвы // Материалы VI Конференции офтальмологов Прибалтики. Рига, 1990. - С. 7-8.
7. Бакиева Наиля Загитовна. Клиника интеллектуальных нарушений. Курс лекций. Издательство: Владос. Учебник для ВУЗов. Год издания: 2017. ISBN: 978-5-691-02267
8. Барнс Дж. Улучшение зрения без очков по методу Бейтса. Изд. Попурри, 2012, 160 стр.
9. Бондарь Вадим. История зрения: путь от светочувствительности до глаза. ЛитРес: 2020.
10. Боровская Ирина К. Развиваем пространственные представления у детей с особенностями психофизического развития. Часть 1. Изд. Владос, 2004 ISBN: 5-691-01108-1.
11. Восстановление зрения. Лучшие методики от У. Бейтса и М. Корбетт до В. Жданова и М. Норбекова. Под ред. М. Смирнова. Изд. Вектор, 2010, 208 стр.
12. Гейден К. Рецепты для улучшения зрения. Еда лечит. Ростов: Феникс, 2016.- 126 стр.
13. Глазные болезни: Учебник /Под ред. Т.И. Ерошевского, А.А. Бочкаревой. - М.: «Медицина», 1983.- 383с.
14. Григорьева, Л.П. Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушением зрения / Л.П. Григорьева. – М., 1990.
15. Ермаков В. П. Что и как видят дети от рождения до 10 лет с сохраненным и нарушенным зрением. Диагностика, развитие и тренировка зрения. Инклюзивное образование. Учебное пособие. Издательство Владос, 2017. - с. 146.
16. Земцова М. И. Дети с глубокими нарушениями зрения. – М.: Просвещение, 1967. - 374 с.
17. Коррекционно-развивающая работа с детьми с нарушениями зрения. Методическое пособие. г. Йошкар-Ола. – 2014. –
18. Крыжановская Л.М. Основы психокоррекционной работы с обучающимися с ОВЗ. Учебное пособие. Издательство: Год издания: 2018, 375 с. ISBN: 978-5-906992-86-4.
19. Левашов О. В. Зрение, мозг, движение. Издательство Владос, 2018.- 128 стр.
20. Лечебная гимнастика цигун для глаз (+ DVD). Изд. Феникс, Неоглори; 2009, 128 стр.
21. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г.Литвак; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. – СПб.: Изд-во РГПУ, 1998. – 271 с.
22. Медведев И.Б. Наука – о глазах: как вернуть зоркость: рекомендации врача с упражнениями. - Москва: Эксмо, 2013. с. 112
23. Санри Т. Японский пальцевой массаж. - С-Пб, ИД «Весь», 2004.- 211с
24. Солнцева Л. И. Современная тифлопедагогика и тифлопсихология в системе образования детей с нарушениями зрения. – М.: Полиграф-Сервис, 1999. – 180 с.
25. Стивен М. Биресфорд и др. Лечебные упражнения для глаз. Новейшие разработки Американского института зрения. Изд. Пупурри, 2013, 320 стр.
26. Ферфильфайн И.Л. Глазные болезни, лечение и профилактика: Справочник для врачей общей практики. – Харьков: Торнадо, 2005. – 280 с.
27. Храмова, Елена Тренинги и игры для глаз. - Ростов: Феникс, 2016. — 127 с.

## 2.2. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Содержание:

1. Дети с нарушениями слуха.
  - 1.1. Виды нарушения слуха.
    - 1.1.1. Кондуктивная тугоухость.
    - 1.1.2. Нейросенсорная (сенсоневральная) тугоухость.
      - 1.1.2.a. Невральная тугоухость.
      - 1.1.2.б. Нейросенсорная центральная тугоухость.
    - 1.1.3. Смешанная (комбинированная) тугоухость.
  2. Критерии классификации тугоухости у детей.
  3. Классификация глухих и слабослышащих детей, осложненная нарушениями в работе других анализаторов.

**1. Дети с нарушениями слуха.** Виды и степени нарушений Слуха. Около 10% всего населения Земного шара в той или иной степени имеют нарушения Слуха. Тугоухость определяют как снижение слуха, при котором затруднено общение с окружающими людьми по причине недостаточного восприятия чужой речи. С нарушением восприятия звуков можно столкнуться в любом возрасте.

### Международная классификация болезней (МКБ) слуха. - Коды по МКБ-10;

H60 – H95 - болезнь, вызванная заболеванием уха и сосцевидного отростка:

H90 - Нейросенсорная потеря слуха:

H90.3 - Нейросенсорная потеря слуха двухсторонняя.

H90.4 - Нейросенсорная потеря слуха односторонняя с нормальным слухом на противоположном ухе.

H90.5 - Нейросенсорная потеря слуха неуточненная (врожденная глухота; снижение слуха центральное, невральное, сенсорное; нейросенсорная глухота).

H91 - Другая потеря слуха:

H91.0 - Ототоксическая потеря слуха. При необходимости идентифицировать токсический агент используют дополнительный код внешних причин (класс XX).

H91.1 - Пресбиакузис (пресбиакузия).

H91.2 - Внезапная идиопатическая потеря слуха (внешняя потеря слуха БДУ).

H91.3 - Мутационная, не классифицированная в других рубриках.

H93 - Другие болезни уха, не классифицированные в других рубриках:

H93.3 - Болезни слухового нерва (поражение VIII черепного нерва).

Q16 - Врожденные аномалии [пороки развития] уха, вызывающие нарушение слуха.

D14 - Доброкачественное новообразование среднего уха, полости носа и придаточных пазух.

<b>Таблица 2.6. Классификация нарушений слуха по степени тяжести</b>	
<b>Нормальный слух</b> - Человек слышит звуки на всех частотах от <b>0 до 25 дБ</b> и не испытывает проблем с общением. <b>Снижение слуха</b> – Человек слышит только звуки <b>громче, чем 25 дБ</b>	
<b>Тугоухость</b> – это <b>стойкое нарушение слуха</b> . Тип тугоухости определяется локализацией патологического процесса в органе слуха.	
<b>Степени тугоухости, согласно Международной классификации:</b>	<b>Возможность восприятия речи</b>
<b>1-я степень тугоухости (слабая/легкая).</b> Человек слышит звуки только громче <b>26-40 дБ</b> . У него появляются трудности в восприятии тихой и отдаленной речи.	На расстоянии не более 1 метра, речевое общение доступно.



<b>2-я степень тугоухости (средняя).</b> Человек слышит звуки только громче <b>41-55 дБ</b> . У него имеются трудности в восприятии тихой и отдаленной речи, диалога.	Речевое общение на расстоянии менее 1 м, речевое общение затруднено.
<b>3-я степень тугоухости (среднетяжелая).</b> Человек слышит звуки только громче <b>56-70 дБ</b> . Он воспринимает только громкую речь и испытывает затруднение при коллективном общении и разговоре по телефону.	Речь разговорной громкости неразборчива у самого уха. Общение возможно голосом повышенной громкости.
<b>4-я степень тугоухости (тяжелая)</b> Человек слышит звуки только громче <b>71-90 дБ</b> . Он с трудом воспринимает даже громкую речь. Понятен только крик или усиленная наушниками речь. Разговор по телефону не возможен.	Общение затруднено.
<b>Глухота. Степени:</b>	
<b>Глухота (глубокая)</b> означает, что человек может услышать звуки только громче <b>&gt;91 дБ</b> и испытывает трудности в понимании даже усиленной наушниками речи.	

**Тугоухость может быть вызвана:** поражением звукопроводящего отдела органа слуха поражением звуковоспринимающего отдела органа слуха комбинированным поражением звукопроводящего и звуковоспринимающего отделов органа слуха. **Определение порогов слышимости** воздушно- и костно-проведенных тонов при исследовании слуха **методом субъективной аудиометрии** позволяет оценить функцию звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата слухового анализатора и определить тип тугоухости.



Рисунок 2.1. Строение органов слуха.

**Звукопроводящий отдел** включает в себе **наружное и среднее ухо**. Функция звукопроводящего аппарата заключается в передаче физических колебаний из внешней среды к рецепторному аппарату внутреннего уха, т. е. к волосковым клеткам Кортиева органа. **Звуковоспринимающий отдел** состоит из **внутреннего уха, слухового нерва, подкорковых центров и проводящих путей, слуховой коры головного мозга**. **Воздушное и костное звукопроведение**. Звуковая энергия поступает к звуковоспринимающим структурам внутреннего уха путем воздушного и костного звукопроведения.

**Воздушное звукопроведение** – обычный путь поступления звуковых колебаний в ухо, при котором звук приходит к барабанной перепонке по структурам звукопроводящего аппарата - через ушную раковину и наружный слуховой проход. Колебания барабанной перепонки через цепь слуховых косточек передаются жидкостям слуховой улитки – пери- и эндолимфе, приводят в колебательное состояние основную мембрану и структуры Кортиева органа. **Костное звукопроведение** – проведение звуковой вибрации от поверхности головы прямо в улитку внутреннего уха, минуя среднее ухо.

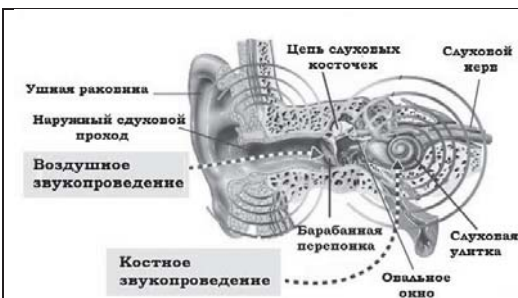
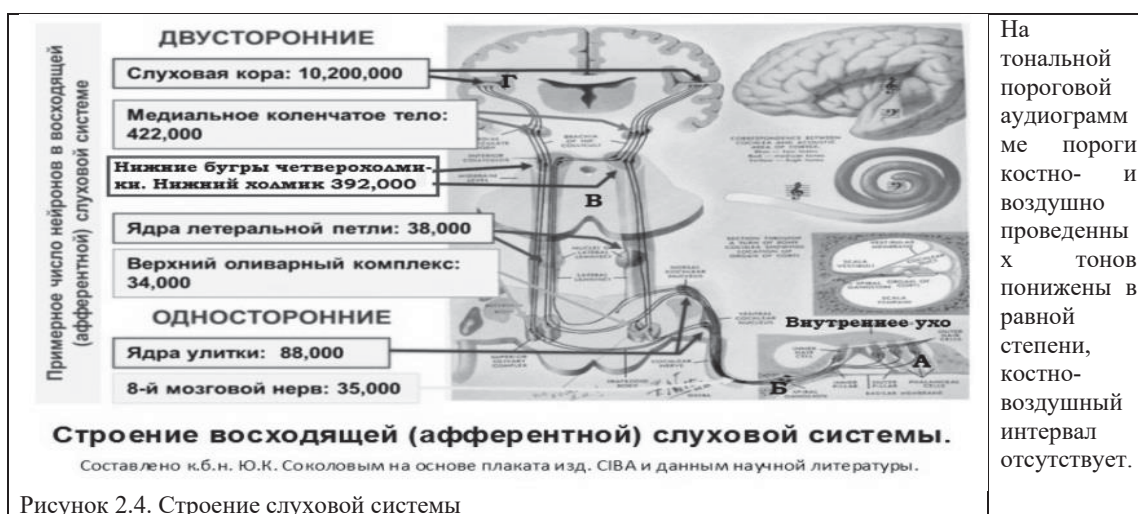


Рисунок 2.2. Схема распространения звуков по воздушному и костному звукопроведению.

**Основное диагностическое значение** для выявления типа тугоухости с помощью тональной пороговой аудиометрии имеет соотношение порогов воздушно- и костно-проведенных звуков.

При поступлении звуков в ухо путем костного звукопроведения звуковые колебания распространяются по костям и тканям головы. Под воздействием костнопроведенных звуков происходит вибрация костных стенок улитки внутреннего уха, которая передается наполняющим ее жидкостям. Это, вызывает колебательные движения базилярной мембраны и Кортиева органа. Далее все происходит так же, как при воздушном звукопроведении. **При диагностике слуха** методом субъективной аудиометрии для оценки воздушного звукопроведения пороги слышимости воздушно-проведенных звуков измеряют с помощью головных воздушных телефонов. **При диагностике слуха методом субъективной аудиометрии** для оценки костного звукопроведения пороги слышимости костнопроведенных звуков измеряют с помощью костного телефона.





На тональной пороговой аудиограмме пороги костно- и воздушно-проводимых тонов понижены в равной степени, костно-воздушный интервал отсутствует.

Рисунок 2.4. Строение слуховой системы

Поражение звуковоспринимающего аппарата возникает при поражении внутреннего уха (А), слухового нерва (В), подкорковых структур слухового анализатора (В) и слуховой коры (Г). В зависимости от характера нарушения звуковоспринимающего аппарата степень снижения слуха может быть от минимальной до глухоты

**1.1.2. Нейросенсорная (сенсоневральная) тугоухость** – эта патология является *соединением невральное и сенсорного типа, нейросенсорной тугоухостью (кохлеарный неврит)*. При нейросенсорной тугоухости звук поступает, но не воспринимается. Нейросенсорная тугоухость (синонимы: перцептивная тугоухость, сенсоневральная тугоухость (англ. sensorineural hearing loss)— это потеря слуха, вызванная *поражением звуковоспринимающего аппарата (70÷80% всех случаев тугоухости,* повреждения структур внутреннего уха *или улитке*, преддверно-улиткового нерва (VIII), или центральных отделов слухового анализатора (в стволе и слуховой коре головного мозга) – повреждением звуковоспринимающего аппарата. У детей, чаще всего развивается из-за травм, полученные в процессе родов и при воздействии вирусов или токсинов.

*Диагноз нейросенсорная тугоухость у детей* ставят в том случае, когда волосковые клетки во внутреннем ухе неправильно или вовсе не функционируют. В результате звуки определенной частоты не передаются на слуховой нерв. Нейросенсорная тугоухость чаще встречается у пожилых людей. Данный вид тугоухости очень тяжело поддается лечению и может быть компенсирован только слухопротезированием.

**Сенсорная тугоухость** возникает из-за нарушения функции или гибели чувствительных волосковых клеток в слуховой улитки (рисунок 4, А), в большинстве случаев является постоянной и может обуславливать тяжелое, глубокое снижение слуха, а иногда и глухоту. У большинства тугоухих людей расстройства слуха наступает в раннем возрасте до овладения самостоятельной речью (долингвальная тугоухость, долингвальная глухота).

Снижение слуха в младенческом и раннем возрасте ребёнка являются причиной недоразвития речи.

**Периферические слуховые** расстройства связаны с поражением наружного, среднего, внутреннего уха, нейронов спирального ганглия и слухового нерва.

**Центральные расстройства слуха** связаны с повреждениями подкорковых и корковых центров слуховой системы. При стойких нарушениях наблюдаются поражения рецепторов улитки (волосковых клеток), повреждение слухового нерва, нейронов спирального ганглия, что может привести к нарушению функции слухового анализатора, нарушению слуховых ощущений и восприятий.



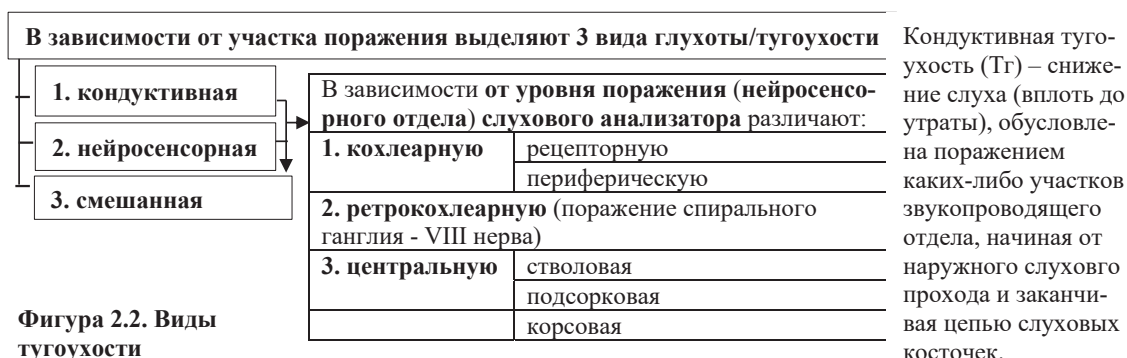
Таблица 2.8. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ Причины нейросенсорной тугоухости.

**Нейросенсорная (сенсоневральная) тугоухость** может быть врожденной или приобретенной.

**Врожденная нейросенсорная тугоухость:** - Врожденная деформация слуховых косточек, атрофии или недоразвития слухового нерва; - Недостаточное развитие (аплазия) улитки внутреннего уха. - Синдромальная нейросенсорная тугоухость, обусловленная дефектами хромосом. - Генетические аномалии и синдромы. - Врожденная холестеатома – гиперплазия плоского эпителия среднего уха. - Внутриутробные инфекции плода, в частности краснухой или цитомегаловирусной инфекцией. Патологические процессы бывают выявлены в волосковых клетках (аплазия и дегенерация), в мембране Рейснера (растяжение), в покровной мембране сосудистой полоски (атрофия, грануляция), в спиральном ганглии (атрофия). - Наркомания. - Алкогольный синдром плода, способствует развитию тугоухости у более 64% детей, рожденных от матерей, страдающих алкоголизмом; - Хламидоз; - Сифилис; - Синдром краснухи в виде триады Грега. - Глубокая недоношенность. - Преждевременные роды в 5% случаев; - Осложнениями во время родов - асфиксия или аноксия, родовая травма (сдавливание или деформация головы ребенка при применении щипцов), желтуха новорожденных. В семьях глухих родителей дети с дефектами слуха рождаются чаще, чем в семьях слышащих людей. В семьях, где браки заключались между близкими родственниками, где существует большая разница в возрасте, чаще рождаются дети с нарушениями слуха. **Наследственная тугоухость чаще обусловлена необратимыми изменениями структур улитки, аномалиями наружного и среднего уха.**

**Приобретенная нейросенсорная тугоухость** возникает в результате воздействия следующих факторов: - **нарушение микроциркуляции кровоснабжения (питания) слухового нерва и слуховых рецепторов**, из-за чего снижается их звуковоспринимающая функция. - **сдавление волокон нерва окружающими тканями** (отеком, опухолью, последствие травмы и т.д., что приводит к нарушению передачи импульса от рецепторов в мозг. - **Заболевания внутреннего уха** – повышение давления жидкостей внутреннего уха (болезнь Меньера), лабиринтит – воспалительные процессы в среднем и внутреннем ухе. - Определенные виды вирусов и микроорганизмов обладают тропизмом (склонностью к поражению нервно-тканной, особенно черепных нервов. Патология органа слуха при инфекционных болезнях локализуется в рецепторных клетках внутреннего уха или спиральном узле улитки, слуховом нерве. **Осложнение инфекционных заболеваний:** гриппа, парагриппа, аденовирусной инфекции, эпидемического паротита (сфинка), скарлатины, инфекционного менингита, бруцеллеза, сифилиса и СПИДа. Воспаление среднего уха возникает на почве простудных и вирусных заболеваний верхних дыхательных путей (аденоидные разращения, хронический насморк, что приводит к непроходимости евстахиевой трубы), способствующих проникновению инфекции в полость слуховой трубы и среднее ухо (скарлатина, насморк, грипп, корь, травмы барабанной перепонки, ринит, охлаждение тела, менингит, парез лицевого нерва и др.). Заболевание часто приводит к образованию стойкого дефекта барабанной перепонки – перфорации. **Соматические заболевания** вызывают атрофические и дегенеративные изменения в сенсорных и нервных образованиях внутреннего уха или вышележащих отделов и приводят к возникновению разной степени тугоухости или глухоты. - **Ототоксическое действие лекарственных веществ:** антибиотики аминогликозидного ряда (мономицин, канамицин, гентамицин, неомицин, тобрамицин) и стрептомицины (стрептомицин, дегидрострептомицин), диуретики (фуросемид, этакриновая кислота), противоопухолевые препараты (цисплатин, лизинацикл), производные салициловой кислоты, аспирин, спазмолитики (хинин, спиронолактон (верошпирон)). – **Промышленные вещества:** алкоголь, никотин, бензол, анилин, мышьяк, сероводород, фтор. - **Травматические повреждения** вследствие черепно-мозговой травмы, резких колебаний атмосферного давления (баротравма), действия интенсивного звука (акутравма). - **Профессиональные факторы** - шумовая тугоухость, вызванная длительным пребыванием в условиях производственного шума, «кессонная болезнь» (водолазов, летчиков). - Длительное воздействие звуковых раздражителей предельной интенсивности (слушание чрезмерно громкой музыки, в подростковом возрасте при использовании плееров и других технических средств). - Механические травмы (ушибы, удары, воздействие сверхсильных звуков – взрывов, производственный шум); - **Возрастные изменения** (пресбиакузис) – возрастное нарушение слуха, обусловленное дистрофическими и атрофическими изменениями во внутреннем ухе. - Сосудистые расстройства при гипертонической болезнью, вегетососудистой дистонии, остеохондрозе шейного отдела позвоночника, коагулопатии, диабете, атеросклерозе. - Заболевания самих людей, связанные с поражением звукопроводящего аппарата (звукопроводящая тугоухость); нарушения, обусловленные поражением звуковоспринимающего аппарата (звуковоспринимающая тугоухость).

В отличие от кондуктивной тугоухости, **нейросенсорная тугоухость не подлежит ни оперативному, ни медикаментозному лечению** и может быть **компенсирована** с помощью подбора слуховых аппаратов.



Консервативное лечение может быть эффективно при острой сенсорной тугоухости, при условии начала применения адекватного лечения в течение первых дней заболевания. При хронической нейросенсорной тугоухости консервативное лечение может уменьшить симптомы тугоухости и носит главным образом профилактический характер.

Основным методом реабилитации пациентов с нейросенсорной тугоухостью является слухопротезирование современными слуховыми аппаратами.

**Восстановление речи во многом зависит от правильной классификации нарушения слуха. В зависимости от уровня поражения (нейросенсорного отдела) слухового анализатора различают кохлеарную** (рецепторную, периферическую), **ретрокохлеарную** (поражение спирального ганглия или VIII нерва) и **центральную** (стволовая, подкорковая, и корковая) тугоухость.

<p><b>Таблица 2.9. Сенсоневральная/нейросенсорная Тг</b> (потеря слуха, перцептивная Тг, кохлеарная невропатия) – снижение (вплоть до утраты) слуха, обусловлена поражением каких-либо участков <u>звуковоспринимающего</u> отдела слухового анализатора, от нейроэпителиальных структур внутреннего уха до височной коры головного мозга. В научной литературе, <b>кондуктивную и нейросенсорную тугоухость, подразделяют</b> еще на <b>следующие виды</b>: - первичная, - вторичная, - первичная истинная, - вторичная истинная, - псевдо-вторичная. <b>Термин «первичная»</b> подразумевает состояние, когда снижение слуха обусловлено именно патологией слухового анализатора. <b>Первичная кондуктивная тугоухость</b> обусловлена врожденным заращением наружного слухового прохода, пороками развития структур барабанной полости, слуховых косточек и/или слуховой трубы, а также другими пороками развития наружного и среднего уха. При первичной кондуктивной тугоухости с целью восстановления слуха требуется оперативное лечение по устранению атрезии наружного слухового прохода и пороков развития среднего уха.</p> <p><b>Термин «вторичная»</b> подразумевает состояние, когда снижение слуха вызвано следствием патологического процесса, первоначально не связанного напрямую со структурами уха и анализатора. <b>Вторичная кондуктивная тугоухость</b> вызвана патологическими процессами наружного и среднего уха. <b>Среди вторичной кондуктивной тугоухости выделяют истинную и псевдокондуктивную.</b></p> <p><b>«Первичная истинная»</b> означает, что данная патология связана с нарушением структур и функций наружного, среднего уха, рецептора, анализатора в раздельности или же в каких-либо комбинациях.</p> <p><b>Истинная вторичная кондуктивная тугоухость</b> обусловлена заболеваниями в области наружного слухового прохода (фурункул, инородное тело, серная пробка, бактериальное и/или микотическое поражение кожи наружного слухового прохода) и среднего уха (острый средний отит, тубоотит, экссудативный и адгезивный средний отит, отосклероз, мастоидит, отоантрит, сухой перфоративный средний отит, состояние после радикальной операции, физические травмы среднего уха, в том числе и разрыв цепи слуховых косточек). Лечение зависит от состояния слуха. Серные или инородные тела, удаляют. Серную пробку удаляют вымыванием. Инородное тело достают при помощи специальных крючков. При бактериальной природе наружного отита, назначают мази (например, Бактробан). При патологических процессах в среднем ухе (например при тубоотите, экссудативного среднего отита), назначают курсы пневмомассажа, продувания по Политцеру, катетеризация слуховой трубы при необходимости используя хирургические вмешательства (тимпанопункцию, миринготомию, шунтирование барабанной перепонки). При адгезивном среднем отите и отосклерозе, возможен лишь хирургический подход в лечении. <b>«Вторичная истинная»</b> означает, что снижение слуха обусловлено поражением уха, являющимся следствием развития другой патологии (например, при системных</p>
--



заболеваниях). **Термин «псевдо вторичная»** подразумевает, что снижение слуха носит модально неспецифический характер, то есть патология не связана напрямую с ухом. **Псевдо-кондуктивная вторичная тугоухость**, имеет место в детском возрасте, характеризуется отсутствием изменений в среднем ухе, подтвержденные акустической импедансометрией, отоакустической эмиссией и вызванными потенциалами головного мозга. Это расстройство высших мозговых функций в виде нарушения запоминания сенсорных стимулов различной модальности (слухового, зрительного, речевого), сочетающегося с расстройствами слухового гнозиса. Для детей дошкольного и школьного возраста данная форма тугоухости связана с тем, что у 5-20% распространена особая форма нервно-психического нарушения, называемая **минимальной мозговой дисфункцией (ММД)**. У таких детей наблюдают задержку темпов развития функциональных систем мозга, обеспечивающих интегративные формы высшей психической деятельности – внимание, кратковременную память, степень восприятия и др. По общему интеллектуальному развитию дети с ММД находятся на уровне нормы, однако при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. Рекомендуется консультация психолога и невролога для проведения обследования ребенка и выработки индивидуальной тактики лечения.

**Первичная сенсоневральная тугоухость** – обусловлено патологическим процессом (или состоянием) в структурах рецептора или анализатора, вызванная *генетическими, ототоксическим действием лекарственных препаратов, инфекции* (чаще вирусные), сосудистые расстройства, акустическая травма.

**Первичная истинная сенсоневральная тугоухость** обусловлена тем, что *в результате наследуемой генетической этиологии происходит восходящая дегенерация начиная с волосковых клеток улитки, включая волокна слухового нерва, спирального ганглия, и восходящих путей слухового анализатора в головном мозге.* Пациентам, страдающим первичной истинной сенсоневральной тугоухостью, *возможна лишь сурдологическая помощь – подбор индивидуального слухового аппарата.*

**Вторичная сенсоневральная тугоухость.** Синонимами являются «скалярная» и псевдо-сенсоневральная тугоухости. Данное состояние развивается вследствие повреждения волосковых клеток, восходящих афферентных путей головного мозга, а также височной области коры головного мозга, где локализуется центр, ответственный за слух. «Вторичность» этой формы тугоухости в том, что повреждение функции возникает в результате патологического процесса, имеющего начало вне структур рецептора и анализатора. Этиология: токсические (инфекционные, химические, медикаментозные), метаболические (нарушения липидного, углеводного или жирового обмена), аллергические, сосудистые (бассейн магистральных артерий или микроциркуляция), травматические (физическая травма височной кости или черепа, акустическая травма, баротравма), эндокринные (гипотиреоз, сахарный диабет), эмоционально-психические (длительный стресс), эндогенные локальные (острые и хронические заболевания среднего уха и слуховой трубы, отосклероз, опухоли). Среди всех сенсоневральных нарушений слуха, у детей она составляет более 30%, у взрослых - 10%.

**Вторичная истинная сенсоневральная тугоухость** характеризуется изменениями во внутреннем ухе. Часто это имеет место при лабиринтите или фистуле лабиринта. Патогенный фактор вызывает дистрофические изменения, которые со временем ведут к гибели клеток. Не поддается лечению.

**При диагностике целесообразно учитывать время развития тугоухости.** По времени нарушения слуха можно выделить следующие группы: 1. Дети, родившиеся с нарушениями слуха (в результате неблагоприятных условий внутриутробного развития). 2. Дети, потерявшие слух до начала речевого развития (до 1 года). 3. Дети, потерявшие слух на ранних этапах речевого развития (от 1 года до 2-х лет). 4. Дети, потерявшие слух, когда речь уже сформирована (3-5 лет). 5. Взрослые, потерявшие слух при полном развитии речи.

**1.1.2.а. Невральная тугоухость. Нейросенсорная ретрокохлеарная** (поражение спирального ганглия или VIII нерва) **потеря слуха. Невральная тугоухость** возникает при поражении слухового нерва (рисунок 4Д). Самым частым поражением слухового нерва является **невринома** (опухоль) слухового нерва (кохлеовестибулярная шваннома). Невринома слухового нерва – доброкачественная, в большинстве случаев односторонняя опухоль. Степень нарушения слуха – от минимальной до глухоты, зависит от размера и локализации опухоли. Лечение хирургическое. Другим поражением слухового нерва является острый **неврит слухового нерва** – осложнение вирусной инфекции, приводящее к дегенеративным изменениям в слуховом нерве. *К невриту слуховых нервов приводят инфекции при тифе, менингите, гриппе, свинке, скарлатине, сифилисе, воспалении во внутреннем ухе; болезнь Меньера, травмы; нарушения кровообращения в сонной артерии, интоксикация после приёма*

*ототоксических препаратов (канамицин, линкамицин, гентамицин, мономицин, неомицин, стрептомицин и другие препараты).* Исследования в различных стран, показали, что число лиц со сниженным слухом увеличивается, особенно после 5÷10 лет. По данным американских ученых, 35% школьников с односторонней сенсоневральной тугоухостью остаются на второй год, по сравнению с 3÷5% здоровых детей.

Невральная тугоухость сопровождается внезапным снижением слуха, как правило тяжелой или глубокой степени. ***Нарушении передачи нервных импульсов через синапсы*** (контакты) между внутренними слуховыми клетками улитки внутреннего уха и волокнами слухового нерва, и/или проведения нервных импульсов волокнами слухового нерва обуславливает появления ***синдрома слуховой нейропатии***. Характерным аудиометрическим признаком невральной потери слуха является ***речетональная диссоциация*** – тяжелое нарушение разборчивости речевого теста (вплоть до полного отсутствия разборчивости), непропорциональное степени снижения тонального слуха.

***Слуховая невропатия*** /синдром слуховой нейропатии (СНН) – это невральное нарушение органа слуха, чаще всего врожденное (0,5%-15% от числа людей с сенсоневральной тугоухостью). ***Причины:*** наследственность, генетические нарушения (атаксия Фридриха, болезнь Charcot-Marie-Tooth, болезнь Refsum и т.д.), недоношенность; аноксия; гипоксии плода, низкий вес при рождении; внутриутробная инфекция; гипербилирубинемия (желтуха новорожденных); врожденное отсутствие/ аплазия слухового нерва; задержка анатомо-физиологического созревания органа слуха.

При слуховой невропатии у человека резко нарушено восприятие (разборчивость) и воспроизведение (внятность) речи, особенно в шумных условиях. Тональные пороги слуха при слуховой невропатии колеблются от нормального слуха до глухоты. При слуховой невропатии сохранены волосковые клетки, а расстройство слухового восприятия зависит от разных повреждений: повреждение внутренних волосковых клеток, нарушение синаптической передачи между рецепторами улитки и слуховым нервом, нарушение синхронизации проведения возбуждения волокнами слухового нерва

**1.1.2.6. Нейросенсорная центральная тугоухость** относится к нейросенсорным нарушениям слуха. Нарушение слуха, ***вызванно*** повреждениями корковых центров слуховой системы, повреждения кохлеарных ядер в подкорке головного мозга, ***патологическими изменениями в подкорковых центрах и проводящих путях слухового анализатора*** (рисунок 4, В), а также в слуховой коре головного мозга (рисунок 4, Г).

Эти нарушения могут иметь ***различные причины*** и вызываться ***гемолитической болезнью*** (желтухой) новорожденных, ***опухольями головного мозга, нарушениями кровоснабжения мозга, болезнями демиелинизации*** (в частности рассеянным склерозом), ***черепно-мозговыми травмами, наследственными заболеваниями, болезнями обмена веществ*** (диабет). ***Центральная тугоухость встречается значительно реже, чем кондуктивная и сенсорная.***

Центральная тугоухость ***редко проявляется в виде глухоты*** – только в исключительных случаях полного разрушения ядер улитки. Изолированное поражение ядер улитки при гемолитической болезни новорожденных проявляется как синдром слуховой нейропатии. В большинстве случаев при центральной тугоухости выявляют незначительное понижение порогов слышимости либо пороги слышимости в норме.

Характеризуется различными нарушениями речи, грубыми нарушениями разборчивости речевого теста, вплоть до полного отсутствия разборчивости речи. Рекомендуется консультация смежных специалистов (невропатолога, нейрохирурга, окулиста), психолога, логопеда и т.д..

### 1.1.3. Смешанная (комбинированная) тугоухость.

<p><b>Таблица 2. 10. Комбинированное поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего отделов органа слуха.</b></p>	
<p>Рисунок 2. 5. Строение уха</p>	<p><b>Смешанная тугоухость</b> – форма снижения слуха (вплоть до утраты), при которой сочетается поражение каких-либо участков <b>звукопроводящего отдела с поражением звуковоспринимающего отдела</b>; Заболевания спектра аудиторной нейропатии – форма снижения (вплоть до утраты) слуха, вызываемого функциональными нарушениями или патологическими изменениями в периферическом отделе слухового анализатора (в функциональном комплексе, сформированном внутренними волосковыми клетками (далее – ВВК), нейронами спирального ганглия и синапсами 1-го порядка между ВВК и улитковым нервом).</p>
<p><b>Комбинированная или смешанная тугоухость</b> – это сочетание нейросенсорной и кондуктивной тугоухости. Пороги слышимости костно-проведенных тонов в диапазоне частот 250 – 2000 Гц ниже, чем в норме, но выше, чем пороги слышимости воздушно-проведенных звуков. В этом частотном диапазоне имеется костно-воздушный интервал. Возникает при проблемах внутреннего, наружного или среднего уха. Комбинированная тугоухость возникает при остром или хроническом отите, осложненном нарушениями в слуховой улитке, при поражении звукопроводящего и звуковоспринимающего (слуховой улитки) отделов органа слуха (на схеме отмечена локализация нарушений). При этом типе тугоухости применяют хирургическое лечение, слуховые аппараты или слуховые импланты среднего уха.</p>	

## 2. Критерии классификации тугоухости у детей.

<p><b>Таблица 2. 11. Критерии классификации тугоухости</b></p>			
<p><b>Нарушения слуха (тугоухость) у детей классифицируются по следующим критериям:</b></p>			
1. по степени снижения слуха	2. по форме:	3. по времени:	4. по этиологии:
I – легкая (26–40 дБ)	кондуктивная	перинатальная	врожденная (синдромальная/ несиндромальная или нет);
II – умеренная (41–55 дБ)	сенсоневральная	неонатальная	
III – умеренно тяжелая (56–70 дБ)	смешанная заболевания спектра аудиторной нейропатии	постнатальная	приобретенная (инфекционного, посттравматического и другого генеза);
IV – тяжелая (71–90 дБ)			
V – глухота (более 90 дБ)			
5. по возникновению слуховых нарушений в зависимости от этапа развития речи:	6. по длительности течения		7. по течению прогрессии во времени:
	<p><b>Внезапная</b> (до 12 часов); <b>Острая</b>, до 1 месяца</p>		
прелингвальная (до развития речи);	<p><b>Хроническая</b> (более 1 месяца): <b>1 тип</b> – отсутствие своевременного лечения; <b>2 тип</b> – постоянное воздействие шума; <b>3 тип</b> – врожденная тугоухость</p>		обратимая
постлингвальная (после проявления нормальной речи);			стабильная
			прогрессирующая
			8. по распространенности
			<b>Односторонняя</b> (право или левосторонняя)
			<b>Двухсторонняя:</b> А. Симметричная Б. Асимметричная
9. по уровню повреждения: - <b>периферическая</b> (поражение сенсорных структур внутреннего уха - рецепторного аппарата – улитки, ганглия, корешка VIII пары черепно-мозговых нервов); - <b>центральная</b> (поражение от уровня 8-го черепного нерва, проводящих путей слухового ядерного комплекса в стволе мозга до коры больших полушарий головного мозга);			
10. по клинко-функциональной характеристике слуховых нарушений: функциональный класс (далее – ФК) 0 (слух в норме); ФК 1 (легкое нарушение слуха); ФК 2 (тугоухость II степени, компенсируемая слуховым аппаратом (далее – СА) до тугоухости I степени; тугоухость III степени, компенсируемая СА до тугоухости I степени); ФК 3 (тугоухость III степени при малой эффективности СА, тугоухость IV степени, глухота); ФК 4 (тугоухость IV степени, возникшая в долингвальном периоде без устной речи, двусторонняя остро наступившая тугоухость IV степени).			
11. заболевания спектра аудиторной нейропатии (Auditory Neuropathy Spectrum Disorders - ANSD)			

классифицируются:		
11.1. по отношению к нервному синапсу:	11.2. по локализации	11.3. по уровню:
пресинаптическая;	синаптопатия;	сенсорная тугоухость (патология внутренних волосковых клеток - ВВК);
постсинаптическая;	гангиопатия;	
	миелинопатия;	нейрональная тугоухость (аудиторная нейропатия и центральное нарушение слуха);
	аксонопатия;	
<p><b>12.4. по типу:</b> 1 типа (транзиторная ANSD с восстановлением слуха и нормализацией коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (далее – КСВП)); 2 типа (глухота при ANSD); 3 типа (истинная аудиторная нейропатия (есть отоакустическая эмиссия (далее – ОАЭ), нет КСВП), в том числе: - 3а (тугоухость и нарушение преимущественно разборчивости речи, в том числе, после слухопротезирования; пациенты являются кандидатами на кохлеарную имплантацию; - 3б (нормальные или близкие к норме пороги слуха и разборчивости речи; пациенты не нуждаются в слухопротезировании). Тугоухость может варьировать по степени тяжести - от легкой до глубокой.</p>		

Степень нарушения слуха определяется аудиометрией, измерение порога слухового восприятия человека по частотной.

<b>Таблица 2. 12. Виды классификации нарушений слуха у детей</b> <b>КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛУХИХ</b> (по Л.В. Нейману).	Доступность восприятия звуков, слов, речи на расстоянии
<b>Первая группа.</b> Воспринимают низкие частоты <b>126÷256</b> Немного реагируют на громкий голос у уха.	Не разбирают на слух гласные, слова, фразы.
<b>Вторая группа.</b> Воспринимают низкие частоты <b>126÷512</b> Различают громкий голос у уха, гласные звуки: <b>О, У.</b>	Не различают слов и фраз.
<b>Третья группа.</b> Воспринимают низкие и средние частоты <b>126÷1024</b> Реагируют на голос разговорной громкости у уха, различают гласные звуки а.о.у.	<b>Различает громкие (у уха) гласные А, О, У</b>
<b>Четвертая группа.</b> Воспринимают низкие, средние частоты <b>126÷2048</b> Реагируют и слышат голос разговорной громкости у уха.	На расстоянии до 2м различают гласные, знакомые слова, фразы

По реакциям на различный шум, например, громкую оркестровую музыку, хоровое пение, громкий разговор группы людей можно определить состояние слуха у детей в младенческом и раннем возрасте. При отсутствии реакции человека на звук интенсивностью более 80 дБ, в полосе частот от 120÷2000 Гц, регистрируется глухота.

<b>Таблица 2. 13. Интенсивность неречевых и речевых звуков</b>		Интенсивность звука, дБ	
Источники звуков			
Порог слышимости		0	
Шелест листьев на деревьях		10	
Тиканье ручных часов, шепот около уха		25 – 30	
Тихая речь		30 – 40	
Речь нормальной громкости		50 – 60	
Громкая речь		60 – 70	
Громкое пение		70 – 80	
Шум поезда в метро при большой скорости		90	
Сильные раскаты грома		90 – 100	
Порог болевого ощущения, шум реактивного двигателя самолета		130	
№	Интенсивность шума	Возраст ребенка	Реакция ребенка на шум
1.	90 дБ	до 4 месяцев	Реагирует на шум
2.	65 дБ	4 ÷ 6 месяцев	Может локализовать источник звука, реагирует на шум
3.	40 дБ	6 ÷ 12 месяцев	Может локализовать источник звука, реагирует на шум
4.	40 дБ	Старше 1 года	Может локализовать источник звука, реагирует на шум

**Классификация детей по состоянию речевого развития.**

Глухие	Слабослышащие
1. Глухие без речи	1. Слабослышащие дети с развитой речью имеющие отклонения в грамматическом построении речи, ошибки в произношении и письменной речи
2. Глухие,	2. Слабослышащие дети с глубоким недоразвитием речи, с неправильным



сохранившие речь		построением слов и коротких фраз	
<b>Восприятие речи на слух (по М. Portmann, С. Portmann)</b>			
№	Расстояние, с которого воспринимается речь		Потеря слуха, (дБ)
	Разговорная речь	Шепотная речь	
1.	Ушной раковины	Не слышит	65
2.	0,25÷1 м	Ушной раковины	50÷60
3.	1÷2 м	0,25÷0,5 м	45÷50
4.	2÷4 м	0,25÷0,5 м	35÷45
5.	4÷5 м	0,5÷0,8 м	35
6.	Нормальная речь	Шепотная речь	До 35
Таблица, построенная на базе аудиометрии, используется для определения уровня восприятия разговорной и шепотной речи			

Односторонняя глухота на одно ухо всегда является приобретенной. Возникает из-за воздействия громкого звука. Слух на втором ухе не ухудшается, речь сохраняется. Фонетическая глухота - нарушение слухоречевых центров. Ребенок не способен воспринимать, узнавать некоторые звуки, складывать слова. Позднее развитие речи, трудности в обучении.

Психологическая глухота - нет физиологических и анатомических причин. Ребенок устанавливает психологические барьеры, когда не желает что-то слышать. Психологическая глухота, причины: - конфликты; - эмоциональная травма - властные родители; - гиперактивность (синдром дефицита внимания); - детский эгоцентризм и т.д.

**Таблица 2. 14. Классификация слабослышащих (по Б.С. Преображенскому)**

Степень	Расстояние, на котором воспринимается речь:		Учреждение (уч), где могут обучаться: - Общеобразовательное (Оо); - Специальное
	разговорная	шепотная	
I. легкая	Более 6 м	От 3-6 м	(Оо) уч.
II умеренная	От 4м до 6 м.	От 1м до 3 м	Оо уч. (за партой в зависимости от слуха).
III значительная	От 2 м до 4м	От 0,5м до 1м	Оо уч. (за 1-й и 2-й партой)
IV тяжелая	Менее 2 м.	От 0 до 0,5 м	Специальное и Оо уч. для слабослышащих детей.

**Школьная классификация остроты слуха (по G.Beckman, 1966 год)**

№/Понижение слуха, (дБ)	Состояние слуха/учреждения (уч) для обучения общеобразовательное
1. 35÷40	Общеобразовательное учреждения, 1-я и 2-я парта
2. 41÷55	Общеобразовательное учреждения, с употреблением слуховых аппаратов
3. 56÷70	Школа для слабослышащих с употреблением слуховых аппаратов
4. 71÷90	Специальная школа для глухих детей

На международной конференции аудиологов в Париже (1970 г.) была принята классификация нарушений слуха, которую рекомендуют Минздрав РМ для практического применения.

**Таблица 2. 15. Классификация степеней снижения слуха. Средняя потеря слуха по международной классификации**

№	Понижение слуха (дБ)	Степени тугоухости	Расстояние воспринимаемой речи		Рекомендуемое учреждение (уч) для обучения: общеобразовательное (Оо).
			разговорная и громкая речь	шепотная	
1.	20-40 дБ / 26-40 дБ	I степень, легкая	6-3 м	2м – у уха	Образовательное уч. 1-я и 2-я парта
2.	40-60 дБ / 41-55 дБ	II степень, средняя	3 м – у уха	0 – у уха	Специальное или Оо уч. за 1-й партой, с употреблением слуховых аппаратов
3.	60-80 дБ / 56-70 дБ	III степень, средняя-тяжелая	Громкая речь у уха	0	Специальное уч. с употреблением слуховых аппаратов.
4.	80-100 дБ / 71-90 дБ	IV степень, тяжелая	Крик у уха	0	Специальное уч. с употреблением слуховых аппаратов.
5.	>100 дБ / >91 дБ	Глухота	0	0	Специальное уч. с употреблением слуховых аппаратов.

Чем большая громкость звука требуется для того, чтобы человек услышал подаваемый в наушники сигнал, тем большая у него степень тугоухости. По совокупности анатомических и физиологических признаков в органе слуха выделяют звукопроводящий и звуковоспринимающий отделы



*Упражнения для поддержания слуха в норме и для улучшения слуха при тугоухости:* - Массаж ушей, по три раза в день. Массирование ушных раковин до состояния приятного тепла (около 10 минут). - 12 резких закрытий и открытий ушей ладонями.

- Сильные нажатия на уши с двух сторон с последующим медленным отпусканием – 10 раз. - 10 легких оттягиваний ушных мочек в сочетании с давлением на козелки.

- При закрытии ушей ладонями – 10 синхронных постукиваний пальцами по черепу, при правильном выполнении должны слышаться звуки барабана в голове.

*Своеобразие развития ребенка с нарушениями слухового анализатора.*

**1. Нарушение слухового анализатора у ребенка необходимо рассматривать в его принципиальном отличии от подобного недостатка у взрослых.** У взрослых людей к моменту нарушения слуха речь сформирована, а дефект слухового анализатора оценивают с точки зрения возможности общения на основе слуха. Утрата слуха в детстве влияет на ход психического развития ребенка и приводит к возникновению целого ряда вторичных дефектов. Нарушается речевое развитие ребенка. Если же глухота возникает рано, это приводит к полному отсутствию речи. Немота препятствует нормальному формированию словесного мышления, что ведет к нарушению познания.

**2. Для правильного понимания развития ребенка с недостатком слуха важно учитывать возможность самостоятельного овладения речью.** Нарушение слуха, с одной стороны, препятствует нормальному развитию речи, с другой стороны, нормальное функционирование слухового анализатора находится в зависимости от уровня речевого развития. Чем выше уровень речевого развития ребенка, тем больше возможностей использовать остаточный слух. Человек, владеющий языком, имеющий достаточный словарный запас, способен лучше воспринимать обращенную речь, т.к. улавливает знакомые слова и фразы по смыслу, в контексте фразы. Дети, у которых речь развита лучше, производят впечатление слышащих. Чем лучше у ребенка слух, тем больше возможностей для самостоятельного развития речи на основе подражания речи окружающих. **3. Автор Боскис Р.М.** рассматривает недостаточность слуха у ребенка с точки зрения развития речи при данном нарушении слуха. Чем лучше речь у ребенка, тем больше возможностей использовать свой слух. При глухоте обнаруживается потеря слуха выше 80 дБ. В том случае, если при аудиометрии обнаружено снижение слуха меньше 80 дБ, говорят о тугоухости.

*Педагогическая классификация детей с недостатками слуха*, разработанная Р.М. Боскис, построена на критериях, учитывающих своеобразие развития детей с отклонениями в функции слухового анализатора. Р.М. Боскис выделила 2 основные группы детей с недостатками слуха — глухие и слабослышащие. К группе глухих относятся дети, которые вследствие врожденной или раноприобретенной глухоты не могут самостоятельно овладеть словесной речью. К категории слабослышащих детей относят тех, у кого наблюдается снижение слуха, но возможно самостоятельное развитие речи (хотя бы минимальное). **В зависимости от речевого развития выделяют 2 группы слабослышащих детей:** 1с. слабослышащие, которые обладают относительно развитой речью с небольшими недостатками (нарушения в звукопроизношении, отклонения в грамматическом строе речи); 2с. слабослышащие с глубоким недоразвитием речевой функции (фразы короткие, неправильно построенные, отдельные слова сильно искажены и т.д.).

**Среди глухих также выделяют 2 группы детей** в зависимости от времени возникновения дефекта: 1г. **ранооглохшие дети, потерявшие слух на 1-2 году жизни** или родившиеся неслышащими; 2г. **позднооглохшие дети, т.е. потерявшие слух в 3-4 года**, а также позже, сохранившие речь в связи с более поздним возникновением глухоты. Термин «позднооглохшие» носит условный характер, т.к. данную группу детей характеризует не время

наступления глухоты, а факт наличия речи при отсутствии слуха. Позднооглохшие дети составляют особую категорию детей со сниженным слухом. Дефект слуха в первую очередь отрицательно влияет на формирование речи, т.е. той психической функции, которая в наибольшей степени зависит от состояния слухового анализатора. Таким образом, на основе оценки состояния слуха, уровня развития речи с учетом времени наступления слухового дефекта выделяют 4 группы детей с нарушениями слуха и речи.

**3. Классификация глухих и слабослышащих детей, осложненная нарушениями в работе других анализаторов.** Существует также классификация глухих детей со сложным дефектом, т.е. аномалии слухового анализатора сочетаются с нарушениями работы других органов и систем организма. **1. Глухие и слабослышащие дети с нарушением зрения.** В процессе обучения глухого ребенка большая нагрузка падает на зрение. Когда изучили причины стойкой неуспеваемости глухих детей (Г.П. Бертынь), оказалось, что у более чем 50% обследованных выявлено нарушение зрения, единственная причина школьной неуспеваемости. Поэтому каждый ребенок с патологией слуха должен находиться под динамическим наблюдением врача-офтальмолога. Нарушение зрения в виде миопии встречается у 25% слабослышащих и у 35% глухих. Нарушения зрения приводят к повышенной утомляемости глаз и всего организма в целом и к постоянным головным болям.

**2. Глухие и слабослышащие дети с нарушениями мышечной системы.** К этой группе детей относят глухих детей с детским церебральным параличом. Они обучаются в специальных классах при школах для глухих детей. Эти дети не могут обучаться в обычном классе для глухих детей из-за мышечных поражений. При неврологическом обследовании таких детей выявляется снижение поверхностной и глубокой чувствительности конечностей. Эти нарушения лежат в основе трудностей, возникающих при обучении письменной речи и особенно при освоении дактилологии. Данные нарушения препятствуют успешной учебе в школе, снижают возможность социальной реабилитации и адаптации, даже когда у ребенка нет умственной отсталости. **3. Синдромальные формы глухоты.** В настоящее время описано около 500 синдромальных форм глухоты. Продолжая исследования, ученые выявляют и дополняют к описанным новые синдромы. Ранняя клиническая диагностика, организация адекватного процесса воспитания и обучения способствуют более полной социальной адаптации и реабилитации глухих детей. Частота встречаемости синдромов Маршалла, Крузона и др. составляет примерно 1%.

#### **4. Глухие и слабослышащие дети с задержкой психического развития (ЗПР).**

В последние годы сам клинический диагноз задержки развития существенно расширился. Сюда относят детей с органическими поражениями центральной нервной системы, минимальной мозговой дисфункцией, детей, страдающих детским церебральным параличом, шизофренией, различными соматическими заболеваниями, другими неврологическими и психическими заболеваниями. Многие дети, поступившие в школу с диагнозом «задержка психического развития», в результате адекватного педагогического воздействия в условиях санаторной школы впоследствии продолжают получать образование по обычной программе в школах для глухих и слабослышащих детей.

**5. Глухие и слабослышащие дети с умственной отсталостью.** Известно, что при работе с глухими и слабослышащими детьми с нарушениями интеллекта трудно добиться необходимого эффекта при обучении, в то же время глухой ребенок с сохранным интеллектом очень часто достигает высоких результатов при обучении. У глухих детей может быть различная форма умственной отсталости — как олигофрения, так и деменция. Глухие дети с неосложненной формой олигофрении имеют благоприятный прогноз, очень часто вполне социально реабилитированы. У глухих детей с прогредиентными заболеваниями (шизофрения,

эпилепсия и др.), приводящими к прогрессированию умственной отсталости, прогноз отрицательный как в отношении социальной адаптации, так и жизни в целом. Во время обучения таких детей возникает необходимость их вывода на обучение по индивидуальной программе на дому. На основании классификации различных групп детей с нарушениями речи, произведенной Р. М. Боскис, осуществляется дифференцированное специальное обучение детей с нарушениями слуха. В соответствии с выделенными категориями детей в педагогической классификации были созданы различные типы школ: - *специальная школа для глухих детей*; - *специальная школа для слабослышащих и позднооглохших детей*. В ее состав входят два отделения: первое — для детей, владеющих развернутой речью; второе — для детей с глубоким недоразвитием речи. В каждом типе специальной школы есть дети, у которых наблюдается сложный дефект в виде сочетания нарушения слуха с задержкой психического развития, с патологией характера и поведения, нарушением опорно-двигательного аппарата и т.д.

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Расскажите о строении уха.
2. Что представляет собой нарушение слуха?
3. Из чего состоит звукопроводящий отдел уха?
4. Опишите классификацию нарушений слуха по степени тяжести.
5. Чем вызвана тугоухость?
6. Чем отличается воздушное звукопроведение от костного звукопроведения?
7. Назовите виды нарушения слуха от участка поражения.
8. Расскажите о кондуктивной тугоухости.
9. Назовите причины кондуктивной тугоухости при патологии наружного уха.
10. Назовите причины кондуктивной тугоухости при патологии среднего уха.
11. Чем отличаются причины кондуктивной тугоухости при патологии наружного уха от причин кондуктивной тугоухости при патологии среднего уха?
12. Расскажите о нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости.
13. Назовите причины нейросенсорной тугоухости.
14. Чем отличаются причины врожденной нейросенсорной тугоухости от причин приобретенной нейросенсорной тугоухости?
15. Назовите факторы риска соматических заболеваний на возникновении тугоухости.
16. Почему нейросенсорная тугоухость не подлежит ни оперативному, ни медикаментозному лечению?
17. Чем обусловлена первичная кондуктивная тугоухость?
18. Чем обусловлена истинная вторичная кондуктивная тугоухость?
19. Чем отличается псевдо-кондуктивная вторичная тугоухость от первичной кондуктивной тугоухости?
20. Чем отличается первичная сенсоневральная тугоухость от вторичной сенсоневральной тугоухости?
21. Что представляет собой невринома?
22. Чем отличается невринома от слуховой невропатии?
23. Чем отличается нейросенсорная центральная тугоухость от смешанной (комбинированной) тугоухости?
24. По каким критериям классифицируются тугоухость у детей?
25. Расскажите о педагогической классификации детей с недостатками слуха.
26. Какие категории детей с тугоухостью предназначены для обучения в общеобразовательной массовых учреждениях и какие в специальных?

27. Какие виды общеобразовательных услуг предназначены детям с нарушениями слуха в общеобразовательных массовых учреждениях?
28. Почему эти виды услуг называются коррекционными?

**Задания для самостоятельной работы:**

1. Заполните по памяти следующую таблицу

Классификация степеней снижения слуха. Средняя потеря слуха по международной классификации					
№	Понижение слуха (дБ)	Степени тугоухости	Расстояние воспринимаемой речи		Рекомендуемое учреждение для обучения
			разговорная и громкая речь	шепотная	
1.	20-40 дБ / 26-40 дБ				
2.	40-60 дБ / 41-55 дБ				
3.	60-80 дБ / 56-70 дБ				
4.	80-100 дБ / 71-90 дБ				
5.	>100 дБ / >91 дБ				

1. Напишите эссе о глухих и слабослышащих детей, осложненные нарушениями в работе других анализаторов.

**Практическая работа.**

Использование приложения, предлагаемое автором **Черкасова Е.Л., лабораторному занятию по методике диагностики нарушений слуха у детей.**

**Обзор методов.** Исследование слуха у детей значимо для раннего выявления тугоухости и предотвращения патологических изменений в речевых зонах мозга, развитие которых зависит от формирования системных связей в головном мозге. Аудиологическое обследование детей различных возрастных групп имеет свои особенности. Это касается объема применяемых методов, процедуры их проведения, оценки и интерпретации получаемых результатов (М.Р. Богомильский, И.В. Королева, Л.В. Нейман, Я.М. Сапожников и др.). Методы исследования слухового анализатора подразделяются на субъективные и объективные. Объективные методы исследования слуха можно применять начиная с грудного возраста. Они включают акустическую импедансометрию, компьютерную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам (СВП), вызванную отоакустическую эмиссию (ВОАЭ).

В Республике Молдова, как и в России разработана единая система раннего выявления нарушений слуха, начиная с периода новорожденности. Современным объективным методом исследования слуха, используемым для аудиологического скрининга (массового обследования), является регистрация вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ) (О.А. Белов, И.В. Королева, А.В. Круглов, Я.М. Сапожников, Г.А. Таваркиладзе, В.Л. Фридман и др.). Метод вызванной отоакустической эмиссии. *Отоакустическая эмиссия — это очень слабый звук, возникающий в ухе в результате механических движений наружных волосковых клеток в улитке, который можно зарегистрировать при установке миниатюрного чувствительного микрофона в наружном слуховом проходе.* В настоящее время применяют два класса ВОАЭ: задержанную ВОАЭ (ЗВОАЭ) и отоакустическую эмиссию на частоте продукта искажения (ПОАЭ). ЗВОАЭ регистрируется у всех детей с нормальным слухом, начиная с первых дней жизни. При потерях слуха более 25-30 дБ относительно нормальных порогов слышимости ЗВОАЭ отсутствует. При этом не имеет значение, является ли снижение слуха следствием патологии структур среднего или внутреннего уха. Отсутствие ЗВОАЭ свидетельствует о снижении слуха и необходимости направления на диагностическое обследование. Таким образом, с помощью регистрации ОАЭ выявляется наличие снижения слуха, но определить степень слуховых потерь и уровень поражения при использовании только этого метода нельзя. Изучение статистических и динамических характеристик звукопроводящей и частично звуковоспринимающей систем органа слуха осуществляется с помощью объективного метода — акустической импедансометрии. Акустическая импедансометрия. Методика позволяет с помощью прибора акустического импеданса регистрировать давление в среднем ухе, целостность и степень подвижности барабанной

перепонки и цепи слуховых косточек, наличие экссудата (жидкости) в барабанной полости, степень проходимости слуховой трубы, акустический рефлекс стременной мышцы (М.Р. Богомилский, Л.Д. Васильева, М.Я. Козлов, И.В. Королева, А.Л. Левин, Я.М. Сапожников, Г.А. Таварткиладзе и др.). Метод основан на измерении акустического импеданса, т.е. сопротивления наружного и среднего уха в ответ на звук: при достижении звуком барабанной перепонки часть энергии передается через среднее ухо к внутреннему, а часть энергии, вследствие сопротивления со стороны барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, отражается и может быть измерена. В норме человеческое ухо имеет низкий акустический импеданс. При патологии среднего уха, отрицательном давлении в барабанной полости, утолщении барабанной перепонки проведение звуков через среднее ухо затрудняется. Исследование включает проведение тимпанометрии, т.е. динамического измерения податливости барабанной перепонки при изменении давления воздуха в наружном слуховом проходе (от +200 до -200 мм водного столба) и акустической рефлексометрии — регистрации акустического рефлекса стременной мышцы.

Начиная с 2-3-летнего возраста исследование слуха можно проводить при помощи шепотной и разговорной речи, т.к. в этом возрасте ребенок способен реагировать на речевые сигналы, произнесенные шепотом, так же как и взрослый человек, — с расстояния 6 метров. Выбор методики обследования зависит от того, владеет ли ребенок речью: названные экспериментатором слова либо повторяются, либо показываются их иллюстративные изображения. Исследование слуха речью проводится в относительно звукоизолированном помещении, длина которого должна быть не менее 6 м. Количественная оценка результатов исследования сводится к определению того расстояния, выраженного в метрах, с которого обследуемый слышит шепотную или разговорную речь. Важным обстоятельством для достоверности исследования является за глушение неисследуемого уха. Во время обследования ребенок располагается боком к экспериментатору, т.е. в максимально удобном для слухового восприятия положении. При невозможности обследовать ребенка в большом помещении можно поставить его спиной к экспериментатору. Это позволит вдвое сократить расстояние (3 м), с которого произносятся тестовые слова. При исследовании слуха шепотной речью знакомые слова произносятся в нормальном темпе, на резервном воздухе, что способствует уравниванию интенсивности шепота разных лиц. Существуют специально разработанные словесные таблицы, учитывающие основные физические показатели речи: ее амплитудную характеристику (акустическую мощность звука), частотную характеристику (акустический спектр), временную характеристику (длительность звука) и ритмико-динамический состав речи, а также соответствующие различному возрасту. Для исследования слуха у дошкольников применяются детские таблицы. Л.В. Нейман предложил списки знакомых детям низкочастотных и высокочастотных слов:

<b>Таблица Л.В. Нейман для исследования слуха у дошкольников</b>			
Слова с низкой частотной характеристикой		Слова с высокой частотной характеристикой	
Вова	дым	Саша	зайчик
дом	город	часы	сеть
окно	ум	шишка	чашка
ухо	номер	чай	птичка
море	мыло	спичка	шесть
рыба	урок	чижик	щи
волк	гром	шашка	чайка

Для обследования слуха детей школьного возраста используются речевые таблицы, предложенные Н.Б. Покровским. Он составил 150 групп слов (по 10 слов в каждой), в которых представлены различные части речи: существительные, глаголы, прилагательные. Приведем некоторые группы слов:

<b>Речевые таблицы, предложенные Н.Б. Покровским</b>			
1) изнашивать	1) равноправный	1)быть	1) птица
2) арбузный	2) запрос	2)клеветнический	2) желудь
3) вышивальщица	3) идеалистический	3)применить	3) фляга
4) мчаться	4) комиссия	4)шелковая	4) мобилизация
5) разогнуть	5) возвеличить	5)босой	5) трубка



6) коллектив 7) смуглянка 8) снег 9) солнце 10) тащить	6) содействовать 7) выразиться 8) мясистый 9) издали 10) шахта	6)никогда 7)пар 8)сметана 9) утечка 10) телеграфист	6) кастрюля 7) змея 8) слушать 9) крыло 10) коренной
1) венок 2) мотать 3) солонка 4) бронзовый 5) промышленность 6) трансформатор 7) свист 8) призыв 9) рожь 10) лимон	1) возвышенный 2) сено 3) пробка 4) рыть 5) болт 6) воевать 7) недавно 8) платежный 9) подвергнуться 10) весь	1) искать 2) выразить 3) молодежь 4) расширить 5) сквозь 6) налегке 7) картон 8) изобрести 9) рента 10) желоб	1)переключиться 2)выбелить 3)рост 4) докладчик 5) плинтус 6) тяготение 7) подбивать 8) жуткий 9) мерещиться 10) ищейка
1) расцарапать 2) гарантия 3) взлетать 4) гадание 5) шарф 6) крапива 7) холодно 8) форма 9) шляпка 10) отравля	Также широко используются речевые таблицы, записанные на магнитную ленту или в цифровой форме в память компьютера (например, аудиометр «ДЭЛЬФА-311»), при исследовании слуха методом речевой аудиометрии. Методика исследования заключается в том, что через наушники магнитофона последовательно передают слова, предметные изображения которых разложены в углублениях панели прибора. В ответ на верное указание ребенком услышанного названия предмета вверху панели загорается сигнальная лампочка. Таблицы слов для игровой речевой аудиометрии, предложенные А.М. Ошеровичем, состоят из 8 групп, по 6 слов в каждой:		
	I мальчик коза уточка ворона слон цыпленок II зайчик мыло рейка бабочка цветок кошечка III лампочка шубка мячик калоши утюг барабан		
IV гребешок кукла птичка белочка мишка лошадка V яблоко волк мишка корова жучок шарик VI поросенок лыжи котенок машина утята арбуз VII карандаш петух рыбка девочка лягушка чашка VIII курочка щетка веник собачка труба поезд	Субъективным методом обследования состояния слуха является камертональный метод. Камертональное исследование позволяет провести предположительную «качественную» и «количественную» характеристику состояния слуховой функции.		

При проведении дифференциальной диагностики используют пробы Вебера, Ринне, Швабаха и др. Для уточнения результатов пробы Вебера проводится опыт Ринне, который заключается в сравнении воздушной и костной проводимости для одного и того же уха. При здоровом ухе или поражении звуковоспринимающего аппарата воздушная проводимость преобладает над костной (Ринне +). Преобладание же костной проводимости над воздушной характерно для заболевания звукопроводящего аппарата (Ринне -). Если воздушная и костная звукопроводимость одинаковые, то имеет место нарушение слуха смешанного характера.

Часто у детей при нормальных порогах слуха и нормальном интеллекте отмечаются нарушения различения звонких и глухих согласных, восприятия последовательности неречевых и речевых звуков, запоминания звуковых последовательностей, автоматизированных рядов слов (счет от 1 до 10, времена года, месяцы и т.д.), избирательная недостаточность понимания устной речи (особенно на фоне окружающих помех и быстром темпе речи). Это является признаком центральных слуховых расстройств, при которых не обеспечивается анализ, синтез и дифференцировка речевых сигналов. Для диагностики центральных расстройств слуха у детей И.В. Королева приводит следующие комплексные тесты: — дихотические тесты (одновременное предъявление на правое и левое ухо 2-х разных речевых сигналов: слогов, цифр, слов различной структуры, предложений). Тесты направлены на выявление патологии корковых отделов и межполушарного взаимодействия. В клинической практике используются около 10 модификаций этих тестов, которые позволяют выявить патологию ствола мозга, корковых отделов слуховой системы, мозолистого тела (через него осуществляется межполушарное взаимодействие), определить сторону поражения (правое-левое полушарие мозга), а также оценить степень созревания центральных слуховых структур; — тесты для оценки восприятия временной структуры сигналов (определение порядка

следования тонов разной частоты и разной длительности). Эти тесты чувствительны к нарушениям на уровне коркового отдела слуховой системы, мозолистого тела, выявляют степень зрелости слуховых путей; — моноауральные тесты (предъявление сигналов в одно ухо). Пробы на предъявление искаженной речи, сжатой по времени, чувствительны к подкорковым и корковым нарушениям; — тесты, оценивающие бинауральное взаимодействие. В отличие от дихотических тестов в этих тестах сигналы предъявляются в правое и левое ухо не одновременно, а последовательно или с частичным наложением (эффект ресинтеза). Эти тесты позволяют выявлять расстройства слуха на уровне ствола мозга; — электрофизиологические методы (регистрация различных видов слуховых вызванных потенциалов). Анализ различных слуховых вызванных потенциалов дает возможность определить уровень поражения слуховой системы. Большинство указанных тестов может быть использовано в практике разными специалистами, поскольку для их применения требуется только магнитофон и магнитные записи тестов. Однако для работы с ними необходим правильный подбор тестового материала, определенный опыт проведения исследования и интерпретации результатов. Исключение составляют электрофизиологические методы исследования, которые выполняются в специализированных медицинских и речевых центрах.

### **Литература:**

1. Багрова И.Г. Сурдопедагогика. Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений. Гриф МО РФ. Издательство: Владос. Серия: ВУЗ: Коррекционная педагогика Год издания: 2017. ISBN: 978-5-691-01320-1
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: Национальное руководство. -Москва: «ГЭОТАР-Медиа»-2008 736 с.
3. Варганян Н.А. Звук, слух, мозг Ленинград: Наука, 1981.- 177 с.
4. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов дефектологических и психологических факультетов вузов. Москва: Астрель, -2005. -384 с.
5. Гуманистическая направленность штайнеровской педагогики. Учебно-методическое пособие для преподавателей и студентов педагогических вузов. Издательство: Владос, серия: ВУЗ: Коррекционная педагогика. Год издания: 2016. ISBN: 978-5-691-02209-8
6. Королевская Т.К. Развитие слухового восприятия слабослышащих детей в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях II вида. в 2-ч. Ч.2. Издательство: Владос, год издания: 2004. ISBN: 978-5-691-01310-2
7. Рабочая программа по обучению и воспитанию детей с нарушениями слуха. Саратов, 2017 г. с. 24.
8. Лупенко Е.А. "Цветной слух" – реальность или миф? // Экспериментальная психология. - 2012. - Т. 5, № 3. - С. 32-43. - Электронная копия доступна на сайте Psyjournals. URL: [https://psyjournals.ru/files/53991/exp\\_2012\\_n3\\_Lupenko.pdf](https://psyjournals.ru/files/53991/exp_2012_n3_Lupenko.pdf) (дата обращения: 10.02.2020).
9. Морозов В.П. Эмоциональный слух: экспериментально-психологические исследования // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34, № 1. – С. 45-62.
10. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями слуха в условиях инклюзивного обучения: метод. рекомендации / [сост.: Надежда Ильинична Бурова]. - Челябинск: Цицеро, 2017. - 70 с.
11. Речицкая Е. Г. Коррекционная работа по развитию познавательной сферы глухих учащихся с задержкой психического развития. Владос, 2014 г.
12. Троицкая С. Практический курс коррекции зрения для взрослых и детей (комплект из 2 книг + DVD-ROM). Изд. Питер, 2011, 384 с.
13. Черкасова Е.Л. Методы обследования минимальных нарушений слуховой функции у детей с недоразвитием речи//Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. ред. Г.В. Чиркиной. - 5-е изд.- М.: Аркти, 2010.

### 2.3. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Содержание:

1. Речевые центры формирования речи.
2. Нарушения речи у детей. Классификация.
3. Причины нарушения речи.
4. Методы обследования детей с нарушениями речи.

**1. Дети с нарушениями речи.** Речь – это психофизиологическая функция человека, обеспечивающая возможность общения посредством звуков.

**Рисунок 2.6. 1.а. Речевые центры формирования речи.**

**Речевые центры головного мозга**

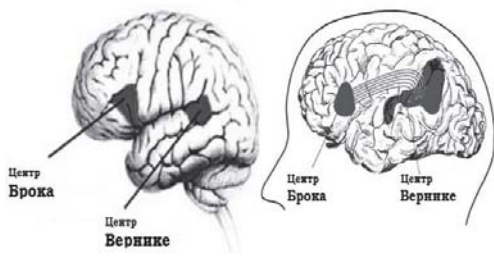


Рисунок 2.6. Речевые центры головного мозга

**Центр Брока** — это двигательный центр речи в задней части лобной доли, зона речедвигательных органов - моторики речи, ответственной за воспроизведение речи. Этот участок коры, управляет мышцами лица, языка, глотки, челюстей.

**Центр Вернике**, отвечает за понимание речи, - слуховой центр речи. Это крупная область в верхне-заднем участке височной доли. Органические повреждения этой области влияют на способность человека воспринимать звуки речи. Дугообразный пучок соединяет зону Брока и зону Вернике, образуя систему, отвечающую за речь.

**РЕЧЕВЫЕ ЗОНЫ МОЗГА**

**Процесс речевосприятия**

**Процесс речевоспроизведения**

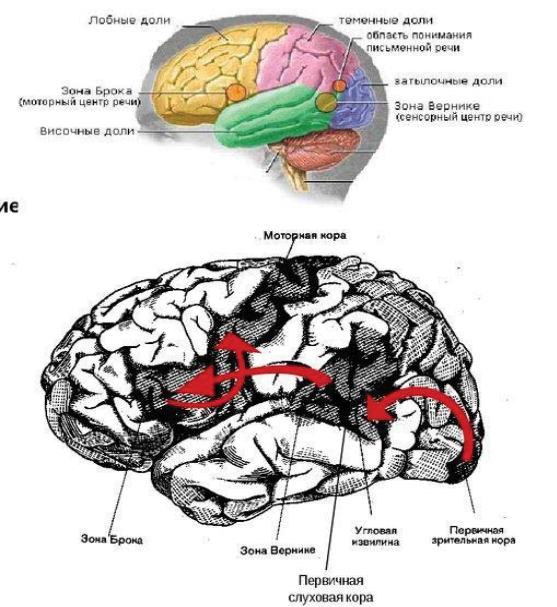
**Зона Брока** лобная доля левого полушария → **Формирование программы артикуляции**

**Нижние отделы премоторной коры** → **Программирование речевого высказывания**

**Зона Вернике** (височная доля левого полушария) → **Понимание речи**

**Угловая извилина** область соединения височной, теменной и затылочной долей левого полушария → **Называние предметов, имен**

**РЕЧЬ**



**Речевой аппарат состоит из 2-х тесно связанных между собой частей:**

Центральной (регулирующий)	Периферический (исполнительный)
К центральному отделу речевого аппарата относится <b>головной мозг</b> – корковые и подкорковые речевые узлы (слуховые, двигательные и	Проводящие пути связывают кору головного мозга с периферическими органами речи. <i>Периферический речевой аппарат состоит из дыхательного, голосового и артикуляционного отделов.</i>

<p>зрительные области), проводящие пути и ядра соответствующих нервов. Главенствующее значение в образовании речи имеет лобная, височная, теменная и затылочная доли преимущественно левого полушария мозга.</p> <p><b>Лобные извилины</b> являются речедвигательной областью (нижние лобные извилины левого полушария), осуществляет моторную (устную) речь (центр Брока).</p> <p><b>Височные извилины</b>, левого полушария, будучи речеслуховой областью (центр Вернике), происходит восприятие и дифференцировка слуховых раздражений, сложный процесс восприятия и понимания чужой речи. <b>Теменная доля коры мозга</b> обеспечивает понимание речи.</p> <p><b>Затылочная доля</b>, являясь зрительной областью, имеет значение для усвоения письменной речи, восприятие распознавание необходимых для письменной речи (чтение, письмо графических изображений).</p> <p><b>Подкорковые узлы отвечают за ритм, темп и выразительность речи.</b></p>	<p><b>Дыхательный отдел</b> периферического речевого аппарата (грудная клетка с лёгкими, бронхами и трахеей) служит для подачи воздуха.</p> <p><b>Голосовой отдел</b> периферического речевого аппарата (гортань с находящимися в ней голосовыми складками) служит для образования голоса. Вверху гортань граничит с глоткой, а внизу – с трахеей. <b>Артикуляционный отдел периферического речевого аппарата</b> образует характерные звуки речи в результате деятельности органов артикуляционного аппарата.</p> <p><b>Основными органами артикуляционного отдела</b> являются: язык, губы, верхняя и нижняя челюсти, твердое и мягкое нёбо, зубы, альвеолы, язык, губы, мягкое нёбо и нижняя челюсть – это подвижные органы артикуляции; зубы, альвеолы и твердое нёбо – неподвижные, которые не изменяют своего положения, но также участвуют в образовании звуков. При правильном произношении <b>носовой резонатор</b> участвует только в произнесении звуков <b>м и н</b> и их мягких вариантов. При произнесении других звуков нёбная занавеска, образуемая мягким нёбом и маленьким язычком, закрывает вход в полость носа. <b>Шумовым вибратором (голосовые складки) являются щели между губами, между зубами и губами</b>, зубами и языком, языком и твердым нёбом, языком и альвеолами. При помощи шумового вибратора образуются глухие согласные, а одновременное колебание голосовых складок и шумового вибратора – звонкие согласные.</p>
--	--

Важными факторами для развития речи ребенка являются его полноценный слух и зрение. В процессе развития ребенка между анализаторами слуха и зрения), принимающих участие в речевой деятельности, возникает система условных связей, которая постоянно развивается и укрепляется повторными связями.

Нарушение речи определяется как отклонение речи говорящего от нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством психофизиологических механизмов речевой деятельности по различным причинам. Речь, как высшая корковая функция, формируется на базе физиологических, психологических и социальных предпосылок в результате высокоорганизованного, слаженного взаимодействия механизмов восприятия и воспроизведения речи, с участием слухового, зрительного, соматосенсорного, «двигательного» анализаторов, при сохранном психологическом развитии и в условиях нормативного «языкового окружения».

**2. Нарушения речи у детей. Классификация.** Все виды нарушений речи делятся на 2 основные группы: нарушения устной и письменной речи. **Нарушения устной речи определяются двумя формами:**

**Нарушения фонационного** (внешнего) оформления речи:

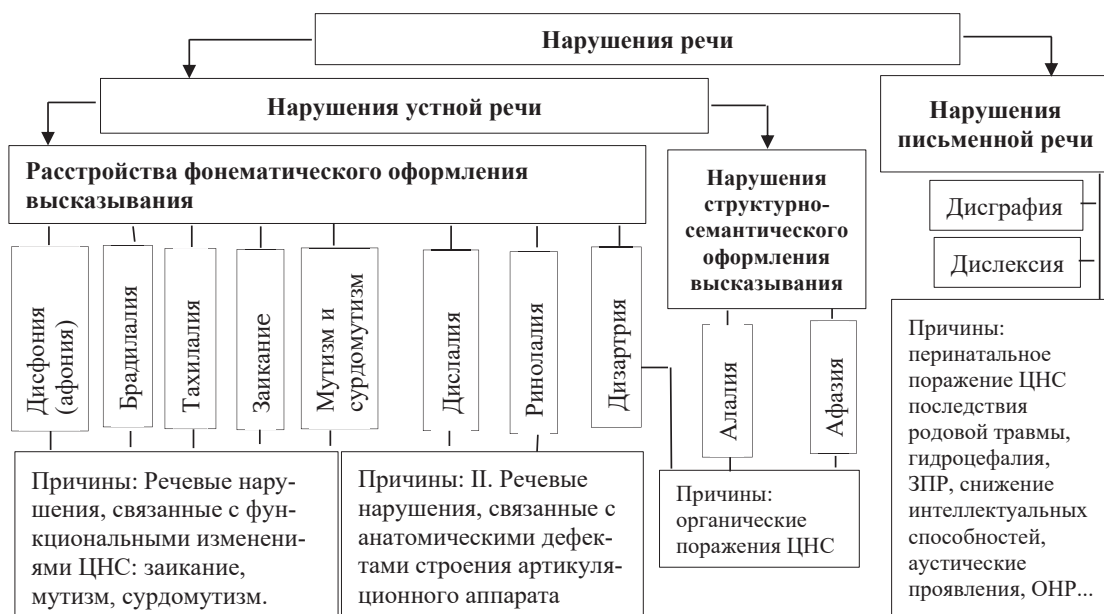
- **афония, дисфония** – отсутствие или расстройство голоса вследствие патологических изменений голосового аппарата;
- **брадилалия** (или брадифразия) – патологически замедленный темп речи;
- **тахилалия** (или тахифразия) – патологически ускоренный темп речи;
- **заикание** (логоневроз) – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
- **мутизм, сурдомутизм** - (лат. mutus — немой, безгласный) — в психиатрии и неврологии состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже не даёт понять знаками, что он согласен вступить с окружающими в контакт, но при этом способность разговаривать и



понимать речь окружающих у него сохранена. Мутизм и сурдомутизм относят к невротическим нарушениям речи.

- **дислалия** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;

- **ринофония** – избыточный носовой оттенок голоса – возникает при недостаточности разграничения носовой и ротовой полостей во время фонации и произнесения ротовых фонем. Классификация ринофонии: - Открытая ринофония – нарушается единство деятельности голосообразующего механизма (мышц глоточного кольца, гортани, голосовых складок) - возникает при врожденном укорочении, разрывах и параличах мягкого неба, миастении – паралич, перфорациях, свищах, рубцах твердого и мягкого неба. Появлению способствует узкое ротовое отверстие, отодвинутый назад язык, чрезмерно длинный язык. Проявляется у ослабленных, астенических детей с вялой артикуляцией на фоне истерического синдрома, при снижении слуха. (патологическая назализация всех ротовых звуков, голос слабый, сдавленный) - Закрытая ринофония – Образуется при пониженном носовом резонансе. Причины – различные болезненные процессы в носоглотке: аденоиды, полипы, фибромы, искривления носовой перегородки, отек слизистой носа и т.д. (носовые согласные приобретают ротовое резонирование). Гласные теряют звучность, тембр становится неестественным).



Фигура 2.3. Клинико-педагогическая классификация нарушений речи

- **ринолалия** (гнусавость) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Классификация ринолалии напрямую зависит от типа и тяжести нарушения строения ротоглотки и носовой полости: - по конструкции различают открытую и закрытую ринолалию; - по причинам возникновения – **органическую и функциональную**.

**Открытая (органическая) ринолалия** подразумевает отсутствие преграды между ротовой и носовой полостью, необходимой для нормального развития речи. При попытке говорить воздушная струя, которая должна выходить через рот и быть более мощной, распределяется и выходит через нос/рот одновременно, что провоцирует носовой резонанс.

Органическая ринолалия может быть врожденной или приобретенной. 1) **Врожденная ринолалия** - строение артикуляционного аппарата: 1 - Обусловлена врожденными



расщелинами губы - заячья губа и неба - волчья пасть, палатолоалия; - укорочение мягкого неба; - скрытые расщелины твердого неба; - отсутствие маленького язычка в горле; - раздвоение маленького язычка; 2 – Вследствие либо механических дефектов носоглотки, мягкого и твердого неба, либо расстройств функции мягкого неба.

**Приобретенная органическая открытая ринолалия** возникает в результате заболеваний либо повреждений, которые снижают речевые возможности пациента. 1. среди них частичный паралич (парез) мягкого неба, парезов мягкого неба, перфорация неба из-за механической травматике, рубцы на небе, в носоглотке, в горле, параличи. 2) Подвижность артикуляционного аппарата: 2 – вялая артикуляция мягкого неба. Приобретенная органическая закрытая ринолалия возникает при различных анатомических изменениях в носоглотке или носу: - передняя – искривление носовой перегородки, полипы, опухоль в полости носа, гипертрофия слизистой; - задняя – полипы, аденоиды, фибромы носоглотки, увеличение непарной глоточной миндалины. **Функциональная ринолалия** бывает открытая и закрытая. Причины болезни (в приобретённой, открытой форме) - постдифтерийные парезы (то есть частичные параличи) мягкого неба, которое утрачивает способность к движению, и удаление аденоидов, причины закрытой формы – аденоидэктомия, неврологические нарушения, копирование гнусавости окружающих.

**Закрытая ринолалия** наблюдается, когда в носоглотке имеется препятствие, которое мешает воздуху правильно выходить через нос. Этот тип дефекта подразделяется еще на два подтипа – передняя (когда анатомическое препятствие располагается в полости носа) и задняя (когда оно находится в носоглотке). 3) Состояние дыхания: 1 – нарушение физиологического и речевого дыхания; 2 – типичный при ринофонии носовой оттенок голоса возникает при неправильном направлении голосовых дыхательной струи. Потеря выдыхаемого воздуха через нос. **Смешанная ринолалия** наблюдается, когда сочетаются первые два типа – имеется и недостаточность небно-глоточного кольца, и непроходимость носа. Характерна одновременная гнусавость, и отсутствие носовых звуков. Состояние голосообразования: 1 – специфические изменения голоса, происходят из-за того, что при произнесении всех звуков струя воздуха проходит не в ротовую, а в носовую полость, в которой происходит резонанс. Речь становится гнусавой; 2 – Тембр голоса приобретает открытый носовой оттенок – становится назализованным. Голос слабый. 5) Состояние звукопроизношения: – тотальное нарушение, все звуки нарушены; Речь монотонна, невнятная; 2 – Назализованные звуки.

**С позиции этиологии у детей выделяют первичные и вторичные нарушения речи.** Для первичных речевых расстройств характерно нарушение формирования речи у ребенка при сохранном слухе, зрении и интеллекте. Большинство исследований, подтверждается мультифакторная этиология первичных нарушений речи у детей в виде реализации генетической предрасположенности под воздействием различных медико-биологических и социальных факторов. Наиболее частым медико-биологическим фактором, встречающимся в анамнезе у 70-85% детей с первичными нарушениями речи, является перенесенная перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия.

Последние исследования демонстрируют частые сопутствующие нарушения невербального интеллекта, мелкой моторики, эмоционально-волевой сферы у детей с первичными речевыми расстройствами.

**Вторичные речевые нарушения** возникают и рассматриваются в структуре основного заболевания, которыми могут быть нарушения слуха, умственная отсталость, неврологические и психические расстройства, врожденные или приобретенные дефекты челюстно-лицевой области, тяжелые соматические заболевания. С точки зрения этиологии речевые расстройства

рассматриваются и в классификации, предложенной Бадаляном Л. О., в которой выделяют следующие группы нарушений речи:

**I. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением центральной нервной системы:**

1. **Алалии** - отсутствие или недоразвитие речи у ребенка или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или в раннем довербальном периоде развития ребёнка (при нормальном слухе и интеллекте);

2. **Афазии** - полная или частичная утрата сформированной речи в результате поражения корковых речевых зон и их связей.

3. **Дизартрии** – нарушение произносительной стороны речи в результате поражения структур центральной или периферической нервной системы, осуществляющих иннервацию речевой мускулатуры.

4. **Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС: заикание, мутизм и сурдомутизм.**

**II. Речевые нарушения, связанные с анатомическими дефектами строения артикуляционного аппарата: механические дислалии, ринолалия.**

**I.П. Задержки речевого развития различного происхождения** (при недоношенности, при тяжелых заболеваниях внутренних органов, педагогической запущенности и т.д.). До трехлетнего возраста речевые нарушения у детей обозначают термином «задержка речевого развития». Задержка речевого развития считается патологической, если развитие речи ребенка отстает от нормального на два и более эпикризных срока или стандартных отклонения.

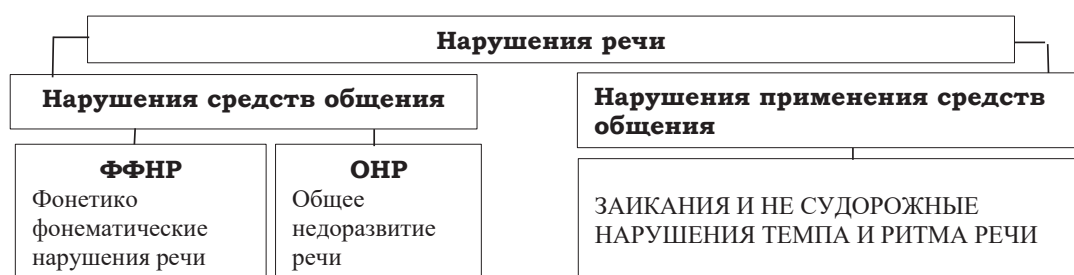
После трехлетнего возраста у ребенка необходимо определять конкретный вид речевого нарушения и структуру речевого дефекта. Для этого в детской логопедии широко используются две классификации речевых нарушений - клинико-педагогическая и психолого-педагогическая, которые дополняют друг друга, рассматривая речевые проблемы с разных точек зрения. Клинико-педагогическая логопедическая классификация основана на психолого-лингвистических критериях, позволяющих определить вид речевого нарушения у ребенка. Расстройства речи, выделяемые в клинико-педагогической классификации, схематично представлены в ниже следующей таблице.

<b>Таблица 2.16. Схематичное представление клинико-педагогической логопедической классификации нарушений речи у детей</b>	
<b>Нарушение устной речи</b>	
I.I Нарушения произносительной стороны речи расстройства фонационного (внешнего) оформления высказывания - Нарушение голосообразования: дисфония, афония, ринофония; - Нарушение темпо-ритмической организации высказывания: брадилалия, тахилалия, заикание, - Интонационно-мелодические нарушения; - Нарушение звукопроизносительной организации: дислалия; Сочетанные нарушения: - Ринолалия - нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата; Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.	I.II Системные или полиморфные нарушения речи расстройства структурно-семантического (внутреннего, языкового) оформления высказывания  Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка Афазия - полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.
<b>Нарушение письменной речи</b>	
II.I Нарушение продуктивной деятельности (письма) - дисграфия	II.II Нарушение рецептивной деятельности (чтения) - дислексия

Психолого-педагогическая логопедическая классификация основана на анализе состояния структурных компонентов речевой системы - звуковой стороны (фонетики), лексики и грамматики. Речевые расстройства в данной классификации подразделяются на две группы: первая группа включает нарушения средств общения (фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи); вторая группа включает нарушения средств общения.

Нарушения письма - **дисграфия** (аграфия) – частичное (полное) нарушение письма и чтения - **дислексия** (алексия) – частичное (полное) нарушение чтения рассматриваются в составе первой группы как их системные, отсроченные последствия.

**Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР)** представляет собой нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. У детей с ФФНР наблюдаются различные искажения, замены и смешения произносимых звуков.



Фигура 2.4. Психолого-педагогическая классификация нарушений речи

**Общее недоразвитие речи (ОНР)** это нарушение формирования всех компонентов речевой системы при сохранном слухе и интеллекте, т.е. имеется в виду отсутствие у ребенка умственной отсталости. ОНР представляет различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы - звуковой и смысловой (лексико-грамматической) сторон. Общие признаки ОНР: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, стойкие нарушения речевой грамматики, аграмматизмы, дефекты произношения. Недоразвитие может быть выражено в разной степени: **от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой речи**, но с элементами неполного формирования. По степени выраженности нарушений (сформированности речевых средств у ребенка), ОНР подразделяется на три уровня тяжести речевого нарушения:

**1 уровень** - отсутствие общеупотребительной речи (так называемые «безречевые дети»).

**2 уровень** - зачатки общеупотребительной речи. Широко использует жесты и мимику в общении. Грамматические формы отсутствуют. Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, понять речь такого ребенка невозможно. **3 уровень** - развернутая речь с элементами недоразвития. Ребенок может обозначать названия предметов, действий, отдельных признаков, может отвечать на вопросы простыми из 2-3х, реже из 4х слов предложениями. Речь характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Произношение звуков является недифференцированным. Отмечается неточное употребление слов, трудности словообразования, отсутствие употребления сложных синтаксических конструкций, большое количество грамматических ошибок. Таким образом, психолого-педагогическая логопедическая классификация определяет структуру и степень тяжести речевого дефекта и дополняет клинико-педагогическую классификацию, верифицирующую вид нарушения. Речевое недоразвитие любого уровня является серьезным препятствием в овладении новыми знаниями, ограничивает мышление, приводит к неизбежным ошибкам на письме, а также

лишает возможности полноценного общения. При условии своевременной помощи детского логопеда, недоразвитие речи удаётся успешно скорректировать. Важно помнить, что в развитии ребёнка существует период особой чувствительности речевой функции, когда любые нарушения легко поддаются исправлению. Если упустить это время, дефект речи может закрепиться и в дальнейшем препятствовать полноценному развитию других познавательных функций.

**В структуре международной классификации болезней МКБ-10** пересмотра виды первичных нарушений речи классифицируются в рубрике «расстройства психологического (психического) развития». Нарушения устной речи объединены в подрубрику специфических расстройств развития речи и языка, нарушения письменной речи и счета в подрубрику специфических нарушений учебных навыков. Отдельно выделена подрубрика смешанных специфических расстройств психологического развития, которая включает сочетание нарушений речи, школьных навыков, двигательных функций и легкой когнитивной недостаточности без значительного преобладания одного из них. Диагностические критерии специфических расстройств развития речи и языка включают нарушение речевого развития на ранних этапах и отсутствие неврологических, психических заболеваний, анатомических дефектов речевого аппарата, сенсорных повреждений, умственной отсталости или значительных средовых факторов, непосредственно приводящих к речевым расстройствам. Подчеркивается возможное наличие легких сенсорных или неврологических нарушений, которые не являются прямой причиной расстройств речи, и оцениваются как осложняющие факторы.

<b>Таблица 2.17. Структура и описание нозологических форм рубрики специфические расстройства развития речи и языка согласно МКБ-10</b>	
<b>Шифр МКБ10</b>	<b>Название и описание</b>
<b>F80.0</b>	Специфическое расстройство речевой артикуляции: использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, при нормальном уровне речевых навыков.
<b>F80.1</b>	Расстройство экспрессивной речи: способность ребенка использовать экспрессивную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту; понимание речи находится в пределах нормы; возможно сочетание с расстройством артикуляции.
<b>F80.2</b>	Расстройство рецептивной речи: понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту; экспрессивная речь также значительно нарушена; возможно сочетание с расстройством артикуляции.
<b>F80.3</b>	Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера): на фоне предшествующего нормального развития речи, потеря навыков как рецептивной, так и экспрессивной речи, при сохранении общего интеллекта, сопровождающаяся эпилептиформной активностью на ЭЭГ и в большинстве случаев эпилептическими припадками.
<b>F80.8</b>	Другие расстройства развития речи и языка:
<b>F80.81</b>	Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией, педагогической запущенностью.
<b>F80.82</b>	Задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков; степень интеллектуальной недостаточности требует уточнения в динамике для уточнения диагноза.
<b>F80.88</b>	Другие расстройства развития речи и языка: сюсюканье и лепетная речь.
<b>F80.9</b>	Расстройства развития речи и языка неуточненные: требуют уточнения вида нарушения речи.

В руководстве по диагностике и статистике психических расстройств четвертого пересмотра (DSM-IV) принятой в США, помимо представленных в МКБ 10 нарушений экспрессивной и импрессивной речи, выделяют термин «смешанные экспрессивные - импрессивные нарушения», которые наблюдаются более, чем у половины детей со специфическими нарушениями речи.

Данный термин подразумевает наличие у ребенка значительно более низких уровней развития экспрессивной и импрессивной речи по сравнению с уровнем невербальных интеллектуальных способностей. Данные виды нарушений могут сочетаться между собой.

Для квалификации речевого расстройства целесообразно составлять заключение о состоянии речи, включающее диагноз основного заболевания, определяющего тяжесть речевого расстройства в соответствии с МКБ-10; проявление речевого нарушения по клинко-педагогической классификации; педагогическое заключение по психолого-педагогической классификации.

### 3. Причины нарушения речи.

Таблица 2.18. Причины речевых нарушений
<p><b>Внутриутробная патология.</b> Внутриутробная гипоксия (недостаточное кровоснабжение головного мозга) плода, токсикоз, угроза выкидыша, патология плаценты, повышение артериального давления, соматические (общие) заболевания матери (сахарный диабет, нефрит, заболевания сердечно-сосудистой системы). Инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, скарлатина, корь, инфекционный гепатит, туберкулез, полиомиелит, токсоплазмоз, герпес, сифилис, ВИЧ-инфекция, цитомегаловирус, вирусный гепатит. Травмы, полученные матерью во время беременности, падения и ушибы (особенно в области живота). Несовместимость крови матери и плода. Нарушения сроков вынашивания плода - недоношенность (менее 38 недель) и переношенность (более 40 недель). Курение. Алкоголь и наркотические вещества. Прием лекарственных препаратов. Неудачное прерывание беременности. Работа на вредном производстве (повышенные физические нагрузки, контакт с химически активными вредными веществами, воздействие различных видов излучения). Стресс.</p>
<p><b>2. Наследственная предрасположенность, генетические аномалии.</b> По наследству могут передаваться особенности строения речевого аппарата, особенности развития речевых зон головного мозга и даже заикание. Если один из родителей поздно начал говорить, подобные проблемы могут возникнуть и у ребенка.</p>
<p><b>3. Неблагоприятные роды и их последствия.</b> Родовые травмы, вызывающие внутричерепное кровоизлияние, могут повредить речевые зоны головного мозга. Подвывихи в шейном отделе позвоночника приводят к зажатию проводящих путей, а впоследствии к дизартрии. Асфиксия - недостаток снабжения головного мозга кислородом из-за нарушения дыхания, например, при обвитии пуповины.</p>
<p><b>4. Заболевания, перенесенные ребенком в первые годы жизни.</b> Инфекционно-вирусные заболевания, нейроинфекции (менингоэнцефалит, менингит). Травмы и ушибы головного мозга. Длительные простудные заболевания, воспалительные заболевания среднего и внутреннего уха. Соматическая ослабленность. Сильный испуг или стресс, психические заболевания. Неблагоприятные социально-бытовые условия. Причины речевых нарушений.</p> <p><b>Алалия</b> - полное или частичное отсутствие речи у детей при хорошем физическом слухе и сохранном интеллекте, обусловленное недоразвитием или органическим поражением речевых областей в левом полушарии коры головного мозга, наступившем во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. <b>Алалия моторная</b>—затруднение, двигательной организации звуков, слов; в овладении активным словарем и грамматическим строем языка при достаточно сохранном понимании речи. Причина — поражение рече двигательного анализатора (центр Брока) и его проводящих путей. <b>Алалия сенсорная</b> - когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов; у ребенка нарушается понимание речи окружающих, несмотря на хороший слух. Причина - поражение слухоречевого анализатора (центр Вернике) и его проводящих путей. На практике имеют место сочетания моторной алалии и сенсорной алалии.</p> <p><b>Дизартрия</b> Нарушение звукопроизношения и речи при дизартрии легко распознаются, поскольку речь смазанная, глухая, часто с носовым оттенком. Образный «диагностический симптом» дизартрии: «Говорит, как с кашей во рту». — нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации органов речевого аппарата (губ, языка, щек, нёба), возникающее в результате органического поражения подкорковых отделов мозга и проводниковых путей. При дизартрии ограничена подвижность органов речи, из-за чего затруднена артикуляция. Дизартрия нередко приводит к нарушению произнесения слов и, как следствие, к нарушению чтения и письма, а иногда к общему недоразвитию речи.</p>

Реабилитационные технологии будут определяться исходя из структуры «речевого диагноза» и представляют собой комплекс, включающий этиопатогенетическую терапию



основного заболевания, определяющего речевое расстройство и педагогическую коррекцию речевых нарушений.

#### 4. Методы обследования детей с нарушениями речи.

Обследование, как и любая сложная деятельность, состоит из отдельных этапов (по О.Н. Усановой). Предварительный этап — сбор и анализ всестороннего анамнеза, который включает отдельные блоки сведений (нижеследующая таблица).

При анализе этих данных учитываются следующие параметры развития: — сроки — время начала и завершения различных этапов развития; — темпы — скорость, интенсивность накопления определенных навыков и умений; — спонтанность — степень самостоятельности ребенка в овладении разными видами деятельности; — результативность — уровень развития, достигнутый ребенком к моменту обследования.

№	Блоки	Содержание
1.	Данные медицинского обследования ребенка и подробный медицинский анамнез	Здоровье родителей до беременности матери. Протекание беременности, родов, первого послеродового периода. Последующее физическое развитие ребенка. Все тяжелые заболевания, перенесенные родителями до беременности. Заболевания матери во время беременности, ребенка на протяжении его жизни
2.	Социологические и социально-психологические данные о семье ребенка	Возраст, образование и работа родителей. Сведения о других взрослых лицах, находящихся в семье и принимающих участие в воспитании данного ребенка и общении с ним. Сведения обо всех других детях данных родителей, их возрасте, образовании, роде занятий. Сведения о характере межличностных отношений в семье ребенка, об отношениях к нему и о его отношениях к членам семьи.
3.	Психолого-педагогические данные о психическом развитии ребенка до момента обследования	Сведения о двигательной активности, развитии речи, предметной деятельности, навыков самообслуживания, игры, социального общения. Кем и как воспитывался ребенок. Какую специальную педагогическую помощь получал на протяжении жизни (находился ли в специальном детском саду, в каком именно, сколько времени, занимался ли дома с педагогом, логопедом и т.д.)

Для построения коррекционных мероприятий является выяснение особенностей деятельности и поведения ребенка. В связи с этим следует учитывать сведения о проявлениях обычного нетипичного (отклоняющегося от нормы) поведения и о ситуациях, влияющих на его изменение, а также об эффективности предшествовавшей работы по преодолению недостатков развития.

**Первый этап** — наблюдение за поведением и деятельностью ребенка. Наблюдения за состоянием отдельных сторон его психической деятельности в целях получения общей характеристики развития. Фиксируются: внешний вид ребенка, его контактность, реакция на ситуацию обследования, направленность интересов и действий, организация внимания и деятельности, осмысленность работы, адекватность оценки своих действий. С учетом возраста ребенка используются тесты, (методики С.Д. Забрамной, Г. Витцлака и др.). Концентрация внимания ребенка на объекте деятельности, переключение внимания и на другие виды деятельности, сопровождает ли свою деятельность речью, как использует моменты отдыха. У ребенка может отмечаться неустойчивость слухового внимания («мерцающее» внимание); отвлекаемость с беспорядочностью деятельности, частой сменой ее видов при отсутствии концентрации внимания; могут проявляться трудности распределения внимания между ручной деятельностью и речью. Наблюдение за нарушениями в поведении — двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость и т.п. При анализе данных наблюдения следует помнить, что симптомы нарушения психического развития многозначны и могут входить в разные синдромы. **Второй этап** — углубленное изучение психических процессов с помощью психодиагностических и нейропсихологических методик. *Первая группа заданий*

направлена на анализ уровня развития мышления и речи, сенсоперцептивных и мнемических процессов. Особое внимание уделяется выявлению сформированных высших психических функций, характера их взаимосвязи и причинной обусловленности нарушений в развитии. **Вторая группа заданий** включает изучение письменной речи, математических умений и навыков. Устанавливаются реальные возможности и особенности усвоения детьми знаний в процессе учебной деятельности, выясняется характер и причины затруднений в обучении. Для определения уровня развития ребенка каждое задание может быть предъявлено в разных вариантах, при этом важно учитывать мотивировку задания (игровая, коммуникативная или учебная), объем материала, виды помощи в процессе выполнения, степень и эффективность этой помощи. Н.Я. Семаго и М.М. Семаго выделяют этапы диагностического процесса в рамках работы школьной психологической службы. **1. Выяснение жалоб и трудностей ребенка**, констатируемых родителями или педагогами. **2. Ознакомление с имеющейся информацией и сбор психологического анамнеза.** **3. Собственно психологическое обследование.** **4. Экспресс-анализ результатов** (в том числе подтверждение или коррекция диагностической гипотезы), проводимый в процессе самой диагностики и позволяющий провести первичное консультирование родителей или педагогов непосредственно после обследования. **5. Полный анализ полученных результатов**, постановка психологического диагноза. **6. Составление заключения с формулированием психологического диагноза**, вероятностного прогноза дальнейшего развития ребенка и рекомендаций по комплексному сопровождению ребенка в образовательном пространстве.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Назовите речевые центры формирования речи.
2. Чем отличаются центры Брока от Вернике?
3. Чем отличаются части зрения Центральной (регулирующей) от Периферической (исполнительной)?
4. Дайте определение нарушения речи.
5. Назовите и характеризуйте нарушения устной речи.
6. Назовите и характеризуйте нарушения письменной речи.
7. Чем отличаются нарушения устной речи от письменной речи?
8. Назовите нарушения структурно-семантического оформления высказывания.
9. Назовите речевые нарушения, связанные с анатомическими дефектами строения артикуляционного аппарата.
10. Какие речевые нарушения являются в следствие органических поражениях ЦНС?
11. Какие речевые нарушения связаны с функциональными изменениями ЦНС?
12. Чем отличаются расстройства фонематического оформления высказывания от нарушения структурно-семантического оформления высказывания?
13. Назовите первичные и вторичные нарушения речи, с позиции этиологии.
14. Опишите задержки речевого развития различного происхождения до и после трех летнего возраста.
15. Опишите клинико-педагогическую, логопедическую классификацию нарушений речи у детей.
16. Что представляет собой фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР)?
17. Чем отличается общее недоразвитие речи (ОНР) от фонетико-фонематическом недоразвитии речи (ФФНР)?
18. Характеризируйте ОНР по уровням тяжести речевого нарушения.

19. Назовите структуру и описание нозологических форм рубрики специфические расстройства развития речи и языка согласно МКБ-10.
20. Какие из данных расстройств речи встречаются у детей общеобразовательных учреждений?
21. Какие категории детей с речевыми нарушениями нуждаются в специальных учреждениях образования?
22. Назовите причины речевых нарушений вызванные внутриутробными патологиями.
23. Назовите причины речевых нарушений вызванные наследственной предрасположенностью.
24. Как влияют неблагоприятные роды и их последствия на развитие нарушений речи?
25. Назовите речевые нарушения в следствие заболеваний, перенесенные ребенком в первые годы жизни.
26. Опишите методы обследования детей с нарушениями речи.
27. Опишите этапы построения коррекционных мероприятий и услуг для детей с нарушениями речи.

### Задания для самостоятельной работы:

Составьте нижеследующую таблицу

Таблица Мультимодальный анамнез		
№	Блоки	Содержание
1.	Данные медицинского обследования ребенка и медицинского анамнеза	Здоровье родителей ...
2.	Социологические и социально-психологические данные о семье ребенка	Возраст, образование и работа родителей...
3.	Психолого-педагогические данные о психическом развитии ребенка до момента обследования	Сведения о ребенке..., Воспитание..., педагогическая помощь...

### Литература:

1. Акименко В.М. "Домашний логопед: программа исправления речевых нарушений у детей. 2-е изд. Издательство: Феникс, 2019. С. 272. ISBN: 978-5-222-32472-1.
2. Аскульская Л.В. "Логопедическое лото. Развитие речи, внимания и памяти у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Развивающее пособие для проведения логопедических занятий. Изд-тво: Владос. Год издания: 2018ю ISBN: 978-5-906992-40-6
3. Афонькина Юлия А. Диагностика индивидуально-психологических особенностей детей 2-3 лет. Методики выявления и изучения. ФГОС ДО. Издательство: Учитель. Год издания: 2018. ISBN: 978-5-7057-4336-0.
4. Жукова Н.С. Логопедия. Основы теории и практики. Издательство: ЭКСМО, 2017. С. 288. ISBN: 978-5-699-48294-8.
5. Молчанова Е.Г. 300 игр для развития слухового внимания ребенка. 4-е изд. Издательство: Феникс. Год издания: 2020. С. 320. ISBN: 978-5-222-33198-9.
6. Разина Т.В. "Занимательные игровые упражнения с предметами для развития мелкой моторики у детей: упражнения с мячиками, эспандерами, карандашами, прищепками, шариками и валиком су-джок в стихотворной форме. Издательство: Учитель, год издания: 2019. ISBN: 978-5-7057-5544-8.
7. Трясорукова Т.П. Развитие межполушарного взаимодействия у детей. Издательство: Феникс. Год издания: 2019. ISBN: 978-5-222-32624-4.
8. Ушакова О.С. Развитие речи. Методические рекомендации к программе "Мир открытий". Игры и конспекты занятий. Подготовительная группа. ФГОС ДО". Издательство: Бинوم. Лаборатория знаний. Год издания: 2018. ISBN: 978-5-9963-4083-5.

## 2.4. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Содержание:

1. Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата. Нарушения осанки.
2. Классификация и виды искривления осанки.
3. Патологии опорно-двигательного аппарата.
4. Детский церебральный паралич (ДЦП).
5. Коррекционные образовательные услуги для детей с ДЦП.

### 1. 1. Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата.

**Нарушения осанки.** Среди легких форм нарушения опорно-двигательного аппарата, встречаются *нарушения осанки*. 20-27,3% до 65%-78% детей страдают нарушениями осанки (Чечельницкая С.М., Котик, Л.И. Делягин В.М., 2011).

**Осанка** - это привычная поза непринужденно стоящего человека без активного мышечного напряжения (В.К.Добровольский). Осанка ребенка является одной из характеристик его физического развития, которое принято оценивать по таким показателям телосложения, как линейные размеры, объем и соотношение длины и массы тела. На формирование осанки сказываются:

1. **эндогенные факторы** (внутренние): наследственность, тип конституции, состояние скелета, связок, мышц, уровень развития физических качеств, темпы роста.
2. **экзогенные (внешние) факторы**: характер питания, перенесенные заболевания, физическое воспитание, гигиена труда и учебы, нерациональные занятия спортом, гиподинамия.

**Таблица 2.20. Причины нарушения осанки**

**Врожденные причины нарушения осанки:** - аномальное строение различных зон позвоночника вследствие мутации генов; - сращение позвонков; - вывих бедра; - неправильно сформированные дужки позвонков. Отдельно выделяют причины врожденного сколиоза: - образование дополнительных позвонков; - врожденная мышечная слабость; - различное расстояние между дугами позвонков. Врожденные причины опасны для здоровья ребенка. Их трудно устранить, в большинстве случаев прибегают к хирургическому вмешательству. Последствия искривления позвоночника влияют на весь организм, появляется гипоксия мозга, замедленное кровообращение.

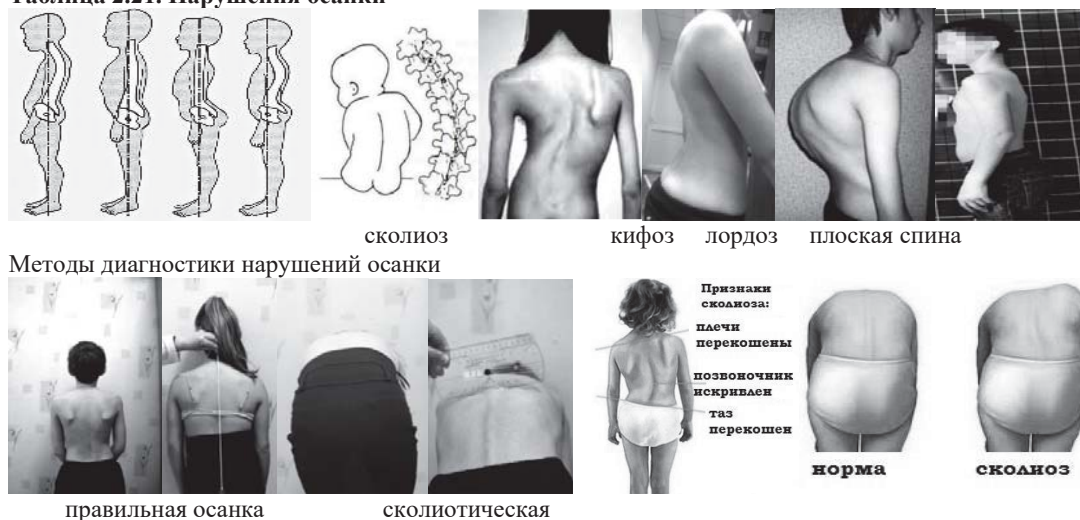
**Виды приобретенных причин искривления позвоночника:** - неправильная поза тела во время сидения – главная причина нарушения осанки (низко расположенная голова, сдвинутые вперед плечи, чрезмерное выпячивание кзади грудного отдела позвоночника); - неправильно подобранные размеры стула и стола, которые продолжительно использует человек в течение дня; - отсутствие смены позы в течение большого количества времени; - неправильно подобранный матрас и подушка для сна; - плоскостопие, которое меняет центр тяжести тела; - недостаточно подвижный образ жизни, отсутствие физической нагрузки и спорта; - уменьшение количества мышечной массы, которое часто происходит во время подросткового или старческого возраста, в результате отсутствует поддержка спины; - механические повреждения костей, ответственные за поддержание позвоночника; - ношение неправильно выбранного рюкзака (причина возникновения сколиоза у детей в младшей школе); - рахит – недостаточное содержание кальция в костях, приводящее к их ломкости, что является главной причиной нарушения осанки у детей до 3 лет; - анкилозирующий спондилоартрит и другие воспалительные заболевания суставов (причина сколиоза у взрослых). В отличие от врожденных причин неправильной осанки, приобретенные легко устранить на начальном этапе формирования.

Врожденные патологии проявляются в детском возрасте. Приобретенные состояния могут возникнуть, в течение всей жизни, особенно в начальной школе, когда дети начинают продолжительное время сидеть за партой. В дошкольном и младшем школьном возрасте, осанка легко поддается различным воздействиям внешней среды, поэтому особенно важно формирование правильной осанки в этом возрасте.

**2. Классификации и виды искривления.** В зависимости от траектории изменения позвоночника, выделяют следующие виды нарушения осанки:

**1. Нарушения осанки во фронтальной плоскости,** происходит отклонение позвоночной оси, смещение позвонков вправо или влево, что образует сколиоз.

Таблица 2.21. Нарушения осанки



**2. Нарушения осанки в сагиттальной плоскости** - смещение позвоночника вперед или назад, вследствие чего образуется сильный кифоз или лордоз. В результате чего, **происходят следующие изменения:** - **сутулая спина** - увеличен грудной кифоз на уровне верхней трети грудного отдела позвоночника при одновременном сглаживании поясничного лордоза; **круглая спина** - увеличен грудной кифоз на протяжении всего грудного отдела позвоночника, плечи сведены, сглажен поясничный лордоз; **кругловогнутая спина** - увеличены все физиологические изгибы позвоночника, голова, шея, плечи наклонены вперед, живот выступает, растянуты мышцы спины, брюшного пресса, ягодиц и задней поверхности бедер, увеличен угол наклона таза; - **плоская спина** - сглажены все физиологические изгибы позвоночника или полностью отсутствуют естественные изгибы в области шеи, груди, пояснице, угол наклона таза уменьшен, спина производит впечатление доски; - **плосковогнутая спина** - грудной кифоз сглажен (в области шеи и груди), поясничный лордоз увеличен чрезмерно, мышцы живота ослаблены, увеличен угол наклона таза.

Таблица 2.22. Выделяют различные степени патологии спины:

<b>Первая</b>	Приобретенные нарушения	Медикаментозное лечение, массаж, кинетотерапия, водолечение
<b>Вторая</b>	Врожденные нарушения	ЛФК - восстановления нормальной формы спины
<b>Третья</b>		отсутствует возможность лечения.
При отсутствии лечения и продолжительного влияния негативного фактора на тело, нарушение осанки может перейти в третью стадию.		

**К наиболее распространенным инвалидизирующим заболеваниям опорно-двигательного аппарата относятся нарушения, поражающие:** - суставы, в частности, остеоартроз, ревматоидный артрит, псориатический артрит, подагру, анкилозирующий спондилоартрит; - переломы, вызванные хрупкостью костной ткани, в частности, остеопороз, остеопению в результате травм или хрупкости костей; - мышцы, в частности, саркопению; - позвоночник, в частности, люмбаго и цервикалгию; - различные части тела или системы организма, в частности, регионарные и распространенные болевые синдромы и воспалительные заболевания, как ревматоидный артрит, заболевания соединительных тканей и



васкулит, характеризующиеся симптомами со стороны костно-мышечной системы, такие как системная красная волчанка.

**Детей с нарушением опорно-двигательного аппарата** (ОДА) отличает наличие двигательного дефекта (характеризуется задержкой формирования, недоразвитием, нарушением или частичной утратой двигательной функции). *Часть детей рассматриваемого контингента не имеют нарушений познавательной деятельности, поэтому им не требуется специально-организованное обучение и воспитание.* Абсолютно всем детям с нарушением ОДА необходимы особые условия жизни, обучения, организованная последующая трудовая деятельность.

**Признаки и симптомы.** Общими для целого ряда заболеваний опорно-двигательного аппарата признаками являются боль и ограниченная подвижность. При хронических заболеваниях боль, как правило, имеет персистирующий характер. Некоторые заболевания при отсутствии своевременной диагностики и лечения могут привести к деформации суставов.

**Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5—7% детей.** Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер.

**3. Патологии опорно-двигательного аппарата** отличаются значительным разнообразием и могут иметь разную степень выраженности. В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются перечисленные ниже различные виды патологии опорно-двигательного аппарата.

Таблица 2.23. Виды патологии опорно-двигательного аппарата
<b>1. Заболевания нервной системы:</b> детский церебральный паралич (ДЦП); полиомиелит и тяжелые ОДА после перенесенного полиомиелита, полирадикулоневрита, других нейроинфекций. – <b>миопатия</b> , нарушение функций опорно-двигательного аппарата при торзионной дистонии и других стойких гиперкинетических синдромах врожденной и наследственной природы;
<b>2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:</b> - врожденный вывих бедра; - кривошея; - косолапость и другие деформации стоп; - аномалии развития позвоночника; – сколиоз; - недоразвитие и дефекты конечностей; - аномалии развития пальцев кисти; - артрогрипоз; – врожденное уродство. <b>Наличие внутриутробных патологий</b> (наличие инфекционных заболеваний у матери – микробных, вирусных, соматические заболевания матери, токсикоз, травма, ушиб плода, несовместимость по резус-фактору, интоксикация).
<b>3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:</b> - травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; - полиартрит; - заболевания скелета: туберкулез, опухоли костей, остеомиелит; - системные заболевания скелета: хондродистрофия, рахит. Действие патологических факторов (нейроинфекция, травма, ушиб головы, <b>осложнения после прививок</b> ).

*Двигательные нарушения у детей имеют различную степень выраженности.*

*При тяжелой степени* ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, не может самостоятельно обслуживать себя.

*При средней степени* двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений: костылей, канадских палочек и т.д. Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у таких детей развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.

*При легкой степени двигательных нарушений* дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

**Двигательные нарушения встречаются и у больных с травмами и поражением спинного мозга.** К заболеваниям позвоночника относят его деформации (кифозы, сколиозы, кифосколиозы), опухоли, аномалии развития, дегенеративные и воспалительные заболевания (неспецифический остеомиелит, туберкулезный спондилит и др.).

**Миелопатия** – это невоспалительное приобретенное поражение мозга. Вертеброгенными миелопатиями называют страдания мозга, которые вызываются либо заболеванием, либо повреждением позвонков. Миелопатию вызывают:

- **компрессия или сдавление спинного мозга (СМ)** либо стенками позвоночного канала, либо его патологическим содержимым (костные фрагменты, гематома, межпозвоночный диск; это может возникнуть и при воспалительных заболеваниях СМ;

- **ишемия СМ** (нарушение кровоснабжения в результате повреждения или сдавления спинальных артерий); – **механическое повреждение СМ** в результате травмы.

Все эти факторы могут действовать совместно или по отдельности, а также они могут быть острыми (в момент травмы) и хроническими, которые развиваются при продолжительном действующем повреждающем факторе. Все проявления вертеброгенных миелопатий, возникающих в результате травм или заболеваний, одинаковы: это полная или частичная утрата произвольных движений, нарушение чувствительности, проявляющееся ниже уровня поражения, расстройства функций тазовых органов.

**Травмы позвоночника классифицируют на основе классификации F. Denis (1983), построенной на теории «трех колонн»** (Е. Ю. Шапкова, 2004).

**В переднюю колонну** включают переднюю продольную связку, передние отделы тел позвонков и межпозвоночных дисков;

**в среднюю** – включают прилежащие к позвоночному каналу задние половины тел позвонков, межпозвоночных дисков и заднюю продольную связку;

**в заднюю колонну** включают дуги, поперечные, суставные, а также остистые отростки и мышечно-связочно-капсулярный аппарат позвоночника.

При любой травме позвоночника тяжесть повреждения определяют:

- механизмом повреждения;

- зоной повреждения (поврежденной колонной);

- стабильностью поврежденного сегмента, выделяя стабильные и нестабильные переломы позвоночника. При этом механическая нестабильность – это патологическая подвижность позвоночника на уровне пораженного сегмента; неврологическая нестабильность – повреждение или же возможность повреждения спинного мозга и его корешков поврежденными позвонками.

**Заболевание спинного мозга, наступившее в результате травмы, называется травматической болезнью спинного мозга**, в процессе которой также возникают двигательные нарушения, характеризующиеся потерей движений, чувствительности, снижением мышечного тонуса, формированием контрактур, **проявлением спастичности** или вялости, гипотрофии, могут возникать парезы и параличи. Для детей в процессе **восстановления после травмы на занятиях лечебной физкультурой** рекомендуются игровые упражнения и игры.

**Спинномозговая грыжа (spina bifida)** врожденное заболевание, при котором возникает паралич, вызванный расщеплением позвоночника. При этом канал спинного мозга не закрыт полностью, и спинной мозг частично как бы выходит наружу и вместе с окружающими тканями образует выпячивание – спинномозговую грыжу. Это вызывает нарушение иннервации или полную потерю чувствительности, что *обуславливает появление паралича ног, нарушениям функции кишечника и мочевого пузыря*. Может возникать гидроцефалия (водянка

головного мозга) как результат нарушения оттока спинномозговой жидкости и ее скопления в мозговых отделах.

**При заболеваниях мышечной системы** может наблюдаться форма *прогрессивной мышечной дистрофии*, которая чаще встречается у мальчиков. **Это наследственное, прогрессирующее заболевание**, сопровождающееся слабостью мускулатуры, или перерождением мышечной ткани в жировую или соединительную. Заболевание начинает проявляться лишь в дошкольном возрасте в виде приступов усталости или вялости. В период от 6 до 10 лет появляется неуверенная походка, частые падения, трудности при подъеме и спуске по лестнице. Примерно с 10 лет дети теряют способность к хождению, могут передвигаться только на инвалидной коляске, продолжительность жизни таких больных составляет 20–25 лет.

**К повреждениям опорно-двигательного аппарата относят также ампутации конечностей.** После ампутации конечностей у детей наблюдаются специфические особенности формирования культи, а также изменения в ее тканях и в опорно-двигательном аппарате. Эти особенности обусловлены ростом и развитием организма ребенка. Характерными для детей особенностями культи после ампутации конечности является деформация и отставание в росте сохранившейся части конечности. **Развитие нервно-психических расстройств как реакция на ампутацию** у детей может появляться лишь тогда, когда они возвращаются в детский коллектив. Нарушения в двигательной сфере зависят от того, какая конечность была ампутирована.

**Также к повреждениям опорно-двигательного аппарата относят аномалии развития конечностей.** К тяжелым нарушениям относят врожденные укорочения и деформации нижних конечностей. Тяжесть таких нарушений прогрессивно нарастает с возрастом ребенка и сопровождается сопутствующими деформациями: сколиоз, перекос таза, возникновение контрактур в суставах не только в пораженной, но в здоровой конечности. Аномалии в развитии нижних конечностей проявляются как недоразвитие отдельных сегментов конечности либо как отсутствие дистальной части конечности по типу культи. Наиболее распространенными являются **аномалии развития бедра**, при которой все сегменты сохранены, но имеется укорочение или деформация бедра. При втором виде недоразвития отсутствует проксимальный конец бедра, и его дистальный конец соединяется с тазом. Опорная функция бедра сохраняется. При третьем виде недоразвития – больных с зачатками мышечков бедра (практически полным отсутствием сегмента) голеностопный сустав располагается на уровне коленного сустава здоровой конечности. при этом виде аномалий опорная функция нарушена, бедро смещено относительно костей таза, а голень смещена относительно бедра. Четвертая группа больных с недоразвитием нижних конечностей имеет практически полное отсутствие бедренной кости, а с костями таза сочленяется большеберцовая кость. Смещение ее, относительно таза, при нагрузке на конечность не наблюдается, опорная функция практически сохранена. Несколько реже встречаются **аномалии развития голени и стопы**. Так выделяют следующие виды недоразвития этих сегментов нижней конечности: – недоразвитие малоберцовой кости; – недоразвитие большеберцовой кости; – недоразвитие дистального отдела голени и стопы.

У детей наиболее часто выражены **недоразвития малоберцовой кости**, что является *причиной укорочения голени*. При этом также появляется изменение формы большеберцовой кости, но движение в коленном суставе сохраняется с полной амплитудой. Недоразвития могут быть и в дистальном отделе, при этом голеностопный сустав не сформирован, опора происходит на дистальный конец большеберцовой кости и наружный край неразвитой стопы. Наиболее тяжелым видом является недоразвитие большеберцовой кости, для этой аномалии

характерно укорочение голени, вывих стопы, контрактура в коленном суставе, конечность утрачивает свою опороспособность.

*Аномалия развития стопы в основном выражена в уменьшении ее длины, а также изменения формы и взаиморасположения костей.* Может наблюдаться отсутствие костей предплюсны, одной или нескольких и пальцев. У верхних конечностей в соответствии с *международной классификацией эти нарушения подразделяют на два вида: недоразвитие руки по продольному и по поперечному типам.* При этих типах дефектов имеется ограниченное или полное отсутствие хвата для удержания предметов, атрофия мягких тканей и костей, укорочение пораженной руки. *Дефекты верхней конечности по продольному типу* представлены неполным количеством пальцев кисти, отсутствием локтевой или лучевой костей, а также недоразвитием плеча или предплечья с сохраненной кистью, на которой имеется меньшее количество пальцев. При этом пальцы могут находиться в положении сгибательной контрактуры, могут быть сращены между собой.

*Деформации могут быть* и на крупных суставах верхней конечности, могут быть контрактуры в лучезапястном суставе при отсутствии лучевой или локтевой кости (лучевая или локтевая косорукость). Также может быть и такое нарушение, как недоразвитие плечевого сустава, при котором невозможен полный объем движений. Могут возникать аномалии верхних конечностей по типу культей после ампутации. Также могут быть дефекты развития пальцев рук и их частичное или полное отсутствие, последний вид недоразвития наиболее тяжелый.

**4. Детский церебральный паралич (ДЦП).** Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – это дети с церебральным параличом (89%).

**Таблица 2.24. Причины ДЦП, факторы риска:**

*Генные мутации:* 2 % всех случаев ДЦП наследуются по аутосомно-рецессивному типу, причём глутаматдекарбоксилаза-1 (известная как GAD67 или GAD1) является одним из возможных вовлечённых ферментов.

*Наличие близнеца.* Смерть идентичного близнеца на очень ранних сроках беременности. Дети от *многоплодных беременностей* (двойни, тройни и т. д.) также чаще страдают ДЦП. Они также чаще рождаются с низкой массой. У тех, кто рождается с массой от 1 кг до 1,5 кг, ДЦП выявляют в 6 %. Среди рождённых до 28 недель беременности это происходит в 11 % случаев.

*Проблемы во время беременности* (более трёх четвертей случаев). *Инфекции во время беременности* (токсоплазмоз или краснуха) - Вирусные и инфекционные заболевания матери и плода во время беременности; - Заболевания щитовидной железы у матери; - Влияние химических веществ и вредных привычек при беременности (в том числе, профессиональные вредности, курение, употребление наркотиков). Воздействие метил ртути во время беременности; Прием запрещенных лекарственных средств, на ранних сроках беременности, включая гормональные контрацептивы, облучение радиацией и др.; Внутриутробных инфекции матери: инфекции оболочек плода (хориоамнионит, цитомегаловирус, токсоплазмоз, краснуха и др.). Присутствие (Внутриутробные и неонатальные инфекционные поражения мозга ребенка: Резус-конфликт - тяжелая степень гемолитической болезни новорожденных (иммунологическая несовместимость крови матери и плода), иммунная система матери не переносит другую группу крови ребенка, и её тело начнет вырабатывать антитела, которые будут атаковать и убивать клетки крови её ребенка, что может привести к повреждению мозга.

- *Трудные роды;* - *Недоношенность* (между 34-37 недель беременности и низкая масса тела новорожденного ребенка, с весом меньше 2-х кг. Преждевременные роды. 40%-50 % всех детей, у которых развивается церебральный паралич, родились преждевременно. 75-90 % из этих случаев возникают из-за проблем, случившихся во время рождения, сразу после рождения. Преждевременные роды с применением кесарева сечения. Генетические факторы играют важную роль в недоношенности и церебральном параличе.

*У младенцев, которые рождаются в срок,* факторы риска включают *проблемы с плацентой,* преждевременного отслаивания плаценты и др.), врожденные дефекты, низкий вес при рождении, *наличие мекония в лёгких,* осложнения при беременности и родах (5-10% случаев), *инструментальное родовспоможение,* экстренное кесарево сечение, *асфиксию* при рождении, *судороги сразу после рождения,* острое кислородное голодание в процессе родов (по причине тугого обвития пуповиной),

*респираторный дистресс-синдром, низкий уровень сахара в крови и инфекции у ребёнка; гемолитическая болезнь у новорожденного, (более редкая причина ДЦП.*

***Факторы риска после рождения, в период раннего детства.***

Гипоксия ребенка внутриутробно, во время или сразу после рождения; - токсины; - тяжёлая желтуха; - расстройства системы свертывания крови ребенка; - отравление свинцом; - физическое повреждение головного мозга из-за травмы или кровоизлияние в мозг; - инсульт; - синдром детского сотрясения; - инциденты, связанные с гипоксией мозга (например, утопление); -энцефалит или менингит.

Травмы головы в течение первых нескольких лет жизни.

*Большая часть детей с нарушением ОДА представлена детьми с ДЦП* – это тяжелое заболевание нервной системы, которое часто приводит к инвалидности ребенка. За последние годы, ДЦП стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей во всем мире. В среднем, 1 из 1000 новорожденных страдают ДЦП. Анализ контингента детей с двигательными нарушениями, обучающихся в образовательных учреждениях показывает, что учащиеся с детским церебральным параличом составляют его существенную часть. Церебральный паралич обусловлен аномальным развитием или повреждением развивающегося мозга. Структурные проблемы в головном мозге наблюдаются в 80 % случаев, чаще всего в белом веществе.

**Детский церебральный паралич (ДЦП)** является наиболее распространенным заболеванием нервной системы у детей, возникающие в период внутриутробного развития, в момент родов или в первый год жизни ребенка: на каждые 100 случаев 30 случаев ДЦП возникает в период внутриутробного развития, 60 – в период родов и только 10 – после рождения (данные исследований Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская). ДЦП возникает в результате недоразвития мозга или его повреждения в раннем онтогенезе.

**Причиной ДЦП** является недоразвитие или повреждение мозга на этапе раннего развития. Двигательные нарушения у детей с ДЦП часто представлены сочетанием с различными нарушениями: функции зрения, слуха, речи, нарушениями психического развития. Доказано, что имеется более 400 факторов, оказывающих повреждающее действие на центральную нервную систему (ЦНС) плода. При ДЦП поражаются самые важные для человека функции: движения, психика, речь.

**Таблица 2.25. Симптомы ДЦП у детей.**

**Первичные проявления:** - изменения мышечного тонуса от полного расслабления до сильного напряжения.

- сильное напряжение мышц + повышенные рефлекс (спастика) - часто в виде изгиба тела ребенка на одну сторону, асимметричное положение конечностей. - нарушение координации движений (атаксия).
- медленные, гибкие движения (атетоз). - тремор или неконтролируемые беспорядочные движения.
- дети выражают беспричинное беспокойство или вялость.

**Вторичными проявлениями бывают:**

- расстройства сосания, глотания, слюнотечение. - функциональные нарушения работы желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. - задержка в развитии речи. - судороги (эпилепсия).
- нарушение зрения, слуха и речи, изменение восприятия и способности ориентироваться в пространстве.
- задержка психического и эмоционального развития, проблемы с обучением, - умственная отсталость.

**Признаки ДЦП** - это двигательные нарушения, проявляющиеся в период развития ребенка (навыки, как умение держать голову, переворачиваться со спины на живот, сидеть, ползать, стоять и ходить):

- в возрасте одного месяца ребенок не моргает глазами в ответ на громкий звук;
- в возрасте четырех месяцев ребенок не поворачивает голову на звук;
- в возрасте четырех месяцев ребенок не тянется за игрушкой;
- в возрасте семи месяцев ребенок не может сидеть без поддержки;
- в возрасте 12 месяцев ребенок не может произносить слова;



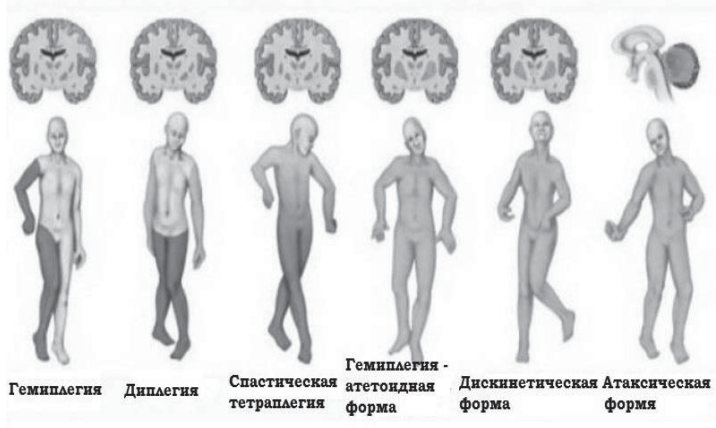
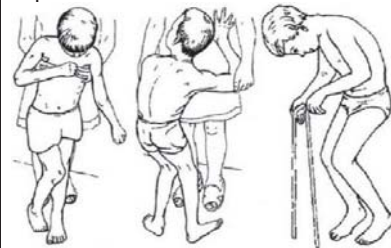
- в возрасте 12 месяцев ребенок совершает все действия только одной рукой;
- у ребенка судороги. Нередко судороги проявляется не в младенческом возрасте, а несколько позже.
- у ребенка косоглазие;
- в возрасте 12 месяцев ребенок не ходит.
- движения ребенка слишком резкие или слишком медленные. Мышцы могут быть чрезмерно расслабленными или, наоборот, слишком напряженными. Оба состояния приводят к тому, что конечности принимают неестественные положения.



Фигура 2. 5. Международная классификация форм ДЦП

Дети с ДЦП позже начинают держать голову, переворачиваться, сидеть, ползать и ходить.

Таблица 2.26. Формы ДЦП:

<p style="text-align: center;"><b>ФОРМЫ ДЦП в ЗАВИСИМОСТИ от ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА</b></p>  <p style="font-size: small;">Гемиплегия    Диплегия    Спастическая тетраплегия    Гемиплегия - атетодная форма    Дискинетическая форма    Атаксическая форма</p>	<p>ДЦП может проявляться по-разному, в зависимости от пораженной зоны головного мозга. Иногда проявления этого заболевания незначительны, однако в тяжелых случаях нарушения могут быть крайне серьезными.</p> 
<p><b>- Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии).</b>                  При спастике характерным является нарастание мышечного тонуса при попытке воспроизвести</p>	

движение, также возникает нарушение осанки координации. Для детей с ДЦП характерно следующее положение тела: ноги согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу и согнуты в локтевых суставах, пальцы сжаты в кулаки. При тяжелой степени спастики возникают контрактуры (ограничения подвижности суставов). Для **ригидности** характерным признаком является напряжение мышц в состоянии тетануса (максимального повышения мышечного тонуса). Мышечное взаимодействие нарушено. При гипотонии мышцы туловища и конечностей вялые, дряблые, а объем активных движений меньше пассивного. Дистония – вид нарушений мышечного тонуса, характеризующийся его непостоянством и изменчивостью. При попытках выполнить движение тонус мышц резко возрастает, что ведет к невозможности его выполнения.

- **Ограничение или невозможность произвольных движений** (парезы и параличи). Полное или частичное отсутствие движений зависит от тяжести поражения головного мозга. Полное отсутствие произвольных движений называется центральным параличом и вызвано поражением двигательных зон коры головного мозга, а также проводящих двигательных путей. Частичное ограничение движений в этом случае называется центральным парезом. Этот вид нарушений сочетается с ослаблением мышечной силы, и ребенку бывает трудно поднять руки или вытянуть их вперед, а также разогнуть ноги. В случае парезов нарушаются тонкие дифференцированные движения, в частности, пальцев рук. - **Нарушения ощущений движений (кинестезий)** возникает как следствие нарушения проприоцептивной регуляции движений. Все это затрудняет формирование условно-рефлекторных связей, на основе которых возникают чувства: собственного положения тела, позы; искажается восприятие направления движения. Это обедняет двигательный опыт ребенка. - **Недостаточное развитие ценных установочных выпрямительных рефлексов** (статокинетических рефлексов), которые обеспечивают вертикальную позу ребенка, произвольную моторику. При этом виде нарушений ребенок не может удерживать в нужном положении голову и туловище. - **Синкинезии** – это содружественные непроизвольные движения, которые сопровождают выполнение активных движений. - **Наличие патологических тонических рефлексов.** Они отражают основные причины нарушений при ДЦП. Так двигательные нарушения при ДЦП вызваны тем, что поражение незрелого мозга изменяет саму последовательность этапов его созревания. Так при нормальном развитии ребенка тонические рефлексы проявляются в первые месяцы жизни и выражены нерезко. При их постепенном угасании создается основа для появления безусловного-рефлекторной деятельности более высокого уровня – установочных рефлексов. Позотонические рефлексы при нормальном развитии ребенка исчезают к трем месяцам жизни и уже не проявляются. При ДЦП позотонические рефлексы не исчезают, нарушают процесс развития двигательных функций, являются одной из причин возникновения патологических поз и движений.

**Согласно МКБ-10 используется следующая классификация видов ДЦП:**

**G80.0 Спастическая тетраплегия.** При большей выраженности двигательных расстройств в руках может использоваться уточняющий термин «двусторонняя гемиплегия». Одна из самых тяжелых форм ДЦП, являющаяся следствием аномалий развития головного мозга, внутриутробных инфекций и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга. У недоношенных детей основной причиной при перинатальной гипоксии является селективный некроз нейронов и перивентрикулярная лейкомаляция; у доношенных — селективный или диффузный некроз нейронов и парасагитальное поражение мозга при внутриутробной хронической гипоксии. Клинически диагностируется спастическая квадриплегия (квадрипарез; более подходящий термин, по сравнению с тетраплегией, так как заметные нарушения выявляются примерно одинаково во всех четырех конечностях), 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 детей отмечают микроцефалию, которая, разумеется, носит вторичный характер. Тяжелый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

**G80.1 Спастическая диплегия.** («Тетрапарез со спастикой в ногах», по Michaelis). **Спастическая диплегия** встречается в 40% случаев. **Спастическая диплегия,** поражает в большей степени нижние конечности, чем верхние; Наиболее распространённая разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм), известная ранее также под названием «болезнь Литтла». При этом виде ДЦП поражается часть мозга, ответственная за двигательную активность конечностей. В результате этого наступает полный или частичный паралич рук и ног. Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование контрактур, деформаций позвоночника и суставов. Преимущественно диагностируется у детей, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний,

<p>перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов). При этом, в отличие от спастической квадриплегии, больше поражены задние и, реже, средние отделы белого вещества. При этой форме, как правило, наблюдается тетраплегия (тетрапарез), с мышечной спастикой заметно преобладающей в ногах. Наиболее распространённые проявления — <u>задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдо- бульбарного синдрома, дизартрия</u> и т. п. Часто встречается патология черепных нервов: сходящееся <u>косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи</u> в виде задержки её развития, <u>умеренное снижение интеллекта</u>, 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.</p>
<p><b>G80.2 Гемиплегическая форма.</b> Характеризуется <u>односторонним спастическим гемипарезом</u>. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт (чаще односторонний), и врождённая церебральная аномалия (например, шизэнцефалия), ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние в одном из полушарий (чаще в бассейне левой средней мозговой артерии) у доношенных детей. 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), <u>задержкой психического и речевого развития</u>. Иногда проявляется <u>монопарезом</u>. Нередко случаются <u>фокальные эпилептические приступы</u>.</p>
<p><u>Двойная гемиплегия</u> — <u>самая тяжёлая форма ДЦП</u>, обусловленной тотальным поражением больших полушарий мозга. Выражены тетраплегия или тетрапарез, когда все четыре конечности поражены в одинаковой степени; Это приводит к ригидности мышц. Дети с двойной гемиплегией <u>не способны держать голову, стоять, сидеть и нормально двигаться</u>. Имеются грубые речевые нарушения, умственная отсталость. Дети необучаемы. Прогноз развития неблагоприятный.</p>
<p><b>Гемипаретическая форма</b>, – гемипарез (гемиплегия) – поражена только одна сторона из полушарий мозга корковыми и подкорковыми структурами, приводит к гемипарезу конечностей на одной стороне тела. При этой форме дети обучаемы, Прогноз развития благоприятный.</p>
<p><b>G80.3 Дискинетическая форма (используется и термин «гиперкинетическая форма»).</b> обусловлена поражением подкорковых отделов мозга по причине несовместимости крови матери и плода по резус-фактору; <u>Гиперкинетическая форма</u> выражается в гиперкинезах — непроизвольных движениях. Двигательные нарушения проявляются в виде насильственных движений, некоординированных произвольных движений, возможны судороги. <b>Наличие насильственных движений в виде гиперкинезов и тремора.</b> <u>Гиперкинезы</u> – это насильственные непроизвольные движения, обусловлены меняющимся тонусом мышц, проявляются при попытках воспроизвести движения, во время волнения и даже в покое. Они возникают в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, в конечностях. <b>Тремор</b> – это дрожание пальцев и языка, наиболее выражен при выполнении целенаправленных движений. Эта форма ДЦП часто встречается <u>в сочетании со спастической диплегией</u>. Одной из самых частых причин данной формы является перенесённая <u>гемолитическая болезнь новорождённых</u>, которая сопровождалась развитием «ядерной» желтухи. Также причиной является status marmoratus базальных ганглиев у доношенных детей. При этой форме, как правило, <u>повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора</u>. В клинической картине характерно <u>наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсионная дистония</u> (у детей на первых месяцах жизни — дистонические атаки), <u>дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха</u>. Характеризуется непроизвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть <u>параличи и парезы</u>. <u>Речевые нарушения</u> наблюдаются чаще <u>в форме гиперкинетической дизартрии</u>. 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.</p>
<p><b>G80.4 Атаксическая форма (раннее использовался и термин «атонически-астатическая форма»)</b>, <u>возникает при поражении функции мозжечка</u>. <b>Нарушения равновесия и координации движений (атаксия).</b> При туловищной атаксии проявляется неустойчивость в сидении, стоянии, ходьбе; иногда ребенку в этом случае требуется поддержка. Характерными являются следующие нарушения: низкий мышечный тонус, нарушения равновесия и в покое, и при ходьбе; нарушение координации движений.</p>

Наблюдается неустойчивость походки: при ходьбе дети широко расставляют ноги, пошатываются, отклоняются в сторону. Атония мышц, характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексам. Возникает нарушение координации движений рук, ребенок не может захватить предмет переместить его. Нарушения возникают и при манипулятивной деятельности. 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 врожденной 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.

**G80.8 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).

**G80.9 Неуточнённая форма ДЦП.**

При ДЦП часто возникают сопутствующие заболевания и вторичные нарушения, к которым относят: - **Контрактуры и деформации**, обусловленные тем, что у ребенка не формируются шейный и поясничный лордозы, появляется чрезмерно выраженный кифоз, что способствует развитию кифосколиоза; появляются нарушения тазобедренных суставов и деформация стоп.

- **Гипертензионно-гидроцефальный синдром**, заключающийся в повышении внутричерепного давления в результате нарушения всасывания ликвора. Внешне проявляется в срыгивании, рвоте, вялости, сонливости, апатии, выбухании большого родничка, повышении мышечного тонуса. - **Судорожный синдром в виде эпилептикоформных пароксизмов** (болезненных явлений).

- **Нарушения вегетативной нервной системы**, проявляющиеся как снижение аппетита, расстройства сна, беспокойства, двигательных нарушений, периодического повышения температуры и др.

- **Нарушения слуха**, при котором нарушено восприятие высокого тона.

- **Нарушения зрения** – снижение его остроты, поля зрения, возникновение косоглазия, парез взора, изменение глазного дна.

- **Нарушения речи** в виде нарушений функций артикуляционного аппарата, фонетического произношения звуков, медленного увеличения словарного запаса; может наблюдаться полное отсутствие речи (анартрия).

- **Психические нарушения**, проявляющиеся в познавательной деятельности, в эмоционально-волевой сфере, в личностном формировании.

- **Церебральные нарушения** могут возникнуть и в более позднем возрасте как результат черепно-мозговой травмы, вследствие опухоли или воспаления мозга.

- **К церебральным нарушениям относят детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД).** Для таких детей характерно проявление гиперактивности или гипоактивности, речевые дефекты, нарушения поведения, восприятия, синдром дефицита внимания, легкие нарушения двигательных функций и координации движений. Для гиперактивных детей характерно беспокойство и непоседливость, отсутствие чувства опасности, недооценка или переоценка себя, неуправляемость, постоянное нахождение в



движении, неспособность концентрировать внимание. Гипоактивные дети боязливы, предпочитают визуальный характер восприятия, скованы в движениях.

- При **церебральной эпилепсии** имеется функциональное нарушение головного мозга. Заболевание проявляется периодическими приступами судорог, нарушением сознания, а также постепенно нарастающими изменениями в эмоционально-психической сфере. Постепенно проявляются изменения личности, выражающиеся в виде инертности и медлительности мышления, дурашливости, суетливости, двигательной расторможенности. Также выявлена наследственная предрасположенность к эпилепсии, но наследуется не само заболевание, а предрасположенность мозга к судорожным приступам

**5. Коррекционно-развивающие образовательные услуги для детей с ДЦП** направлена на формирование двигательных функций. *Цель предоставления общеобразовательных услуг* – это реабилитация, ориентированная на восстановление функций, которые пострадали в результате этого заболевания. Реабилитация при ДЦП держится на двух главных принципах — комплексном подходе и непрерывности. Большинство больных ДЦП во взрослом возрасте могут вести нормальную жизнь. Однако все зависит от того, какие меры по минимизации ущерба для здоровья были приняты в раннем возрасте. В детстве мозг развивается очень активно. Он обладает гораздо большими компенсаторными возможностями, чем мозг взрослого. Поэтому лечение ДЦП, которое началось в ранние годы, будет наиболее эффективным.

Лечение ДЦП в основном направлено на устранение симптомов. Существует много методов консервативной и альтернативной медицины, используемых для лечения больных с церебральными параличами. Тяжесть двигательных нарушений различна: некоторые дети не удерживают вертикального положения, сидя и стоя, могут передвигаться только в коляске; у большинства детей дефектная походка, а многие используют ортопедические приспособления — костыли, трости и т.д.; и только немногие дети способны к передвижению на значительные расстояния без вспомогательных средств. Больные дети, у которых поражены правые конечности, вынуждены пользоваться левой рукой как ведущей, что затрудняет овладение навыками самообслуживания и графическими навыками. Тонкие движения пальцев неразвиты практически у всех детей.

**Реализация направления общеобразовательных услуг** осуществляется за счет комплексного воздействия всеми доступными средствами услуг. К ним относятся:

- *Медикаментозное* (препараты ботулотоксина А, центральные миорелаксанты), *ортопедическое, физиотерапевтическое лечение. Лечение ДЦП — пожизненный процесс*, так как полное излечение фактически невозможно. Медикаментозное лечение при помощи препаратов, улучшающих деятельность мозга. - Хирургическое лечение (удлинение сухожилий, уменьшение тонуса пораженных мышц). - Средства ортопедической коррекции этапное гипсование, ортезирование, ортопедическая обувь, шины по показаниям. - Технические устройства медицинской реабилитации. Сегодня невозможно этих пациентов вылечить полностью, однако уже существуют схемы лечения, которые направлены на развитие функций, которых не хватает для возможности вести как можно более полноценную жизнь. - Авторские комплексные интегральные методы реабилитации: - Метод профессора Козьявкина (Система Интенсивной Нейрофизиологической Реабилитации). - Методика К.А. Семеновой. - Концепция К. и Б. Бобат. - Метод В. Войта и другие. - *Акупунктурная терапия*. Одним из самых действенных методов считается *массаж*, который помогает привести в норму мышечный тонус. Также в реабилитации при ДЦП широко используется лечебная гимнастика. - Кинезиотерапия (массаж, лечебная физкультура).



**Лечебная физкультура.** Последний компонент позволяет создать связь между физической культурой, трудом, развитием определенных двигательных функций в режимных моментах. Комплексность подхода дает высокий результат реабилитации, процент восстановления и развития подвижности. ЛФК помогает улучшить координацию движений. Но она дает ощутимый эффект лишь в том случае, если занятия проходят регулярно на протяжении всей жизни, на специальных тренажерах. При отсутствии судорог показана и физиотерапия — например, миостимуляция и электрофорез. Многие врачи рекомендуют также электрорефлексотерапию для восстановления активности нейронов коры головного мозга — это помогает снизить мышечный тонус, улучшить координацию, речь и дикцию. - Иппотерапия, акватерапия в специализированных центрах и бассейнах. - Сенсорная интеграция, сенсорная комната. При ДЦП нужна коррекция не только двигательных, но и речевых, и коммуникативных, и интеллектуальных навыков. У детей с ДЦП, двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции.

– **Логопедические услуги.** Гиперкинезы речевой мускулатуры, ведут к грубому искажению речи, которая становится малопонятной или вовсе неразборчивой. Гиперкинезы мышц диафрагмы, межреберных мышц ведут к патологиям дыхательных функций, плавности речи, иногда наблюдаются непроизвольные выкрики и стоны. Для устранения дефектов проводится логопедическая работа, которая способствует развитию всех сторон речи. Основными направлениями работы с детьми с ДЦП является моторное, речевое развитие, формирование коммуникативного поведения. При этом обращается внимание на виды нарушений ОДА, их тяжесть и возрастную группу ребенка. На основе этих факторов строится специфика коррекционно-развивающей работы.

**Начало предоставления общеобразовательных услуг** относится к раннему детству, когда организуется тактильное восприятие предметов и массаж конечностей. Чуть позже вводится предметно-практическая деятельность, которая, под руководством взрослого, способствует закреплению связей между словом, предметом и действием. Особое внимание стоит уделять обучению детей игровым действиям и формированию навыков самообслуживания. Основной целью воспитательной и педагогической работы при нарушениях опорно-двигательного аппарата является оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия – согласованность действий специалистов различного профиля. **Все дети с ОВЗ** нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В их социальной адаптации определяются два направления. Первое имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения, предметы обихода, пандусы, съезды на тротуарах. Второй способ адаптации ребенка с двигательным дефектом — приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Какие факторы влияют на формирование осанки?
2. Назовите врожденные и приобретенные причины нарушения осанки.
3. Чем отличается сколиоз от кифоза и лордоза?

4. Что представляют собой врожденные патологии осанки?
5. Расскажите о методах диагностики нарушений осанки.
6. Расскажите о классификации и видах искривления осанки.
7. Опишите степени патологии спины.
8. Какие нарушения относятся к наиболее распространенным инвалидизирующим заболеваниям опорно-двигательного аппарата?
9. Расскажите о видах патологии опорно-двигательного аппарата.
10. Чем отличается легкая от средней и тяжелой степени нарушений опорно-двигательного аппарата?
11. Чем отличается миелопатия от ишемии спинного мозга?
12. При каких условиях развивается заболевание спинного мозга?
13. Какие виды лечебных услуг назначаются при легкой и средней степени нарушений осанки?
14. Почему при третьей степени нарушений осанки отсутствует возможность лечения?
15. Какие виды услуг назначаются при третьей степени нарушений осанки?
16. Чем отличается спинномозговая грыжа от прогрессирующей мышечной дистрофии?
17. Какие еще травмы и аномалии относят к повреждениям опорно-двигательного аппарата?
18. Чем отличается нарушения осанки от детского церебрального паралича (ДЦП)?
19. Опишите формы ДЦП в зависимости от поражения мозга.
20. Чем отличается спастическая тетраплегия от спастической диплегии?
21. Чем отличается гемиплегическая форма от гемипаретической формы?
22. Обоснуйте, почему двойная гемиплегия — самая тяжелая форма ДЦП.
23. Характеризируйте дискинетическую форму ДЦП.
24. Чем отличается атаксическая форма от смешанных форм ДЦП?
25. При каких сопутствующих заболеваниях возникает ДЦП?
26. Что такое минимальная мозговая дисфункция (ММД)?
27. Опишите коррекционно-развивающие образовательные услуги для детей с ДЦП.

### Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните нижеследующую таблицу:

Виды патологии опорно-двигательного аппарата
1. Заболевания нервной системы:
2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: Наличие внутриутробных патологий
3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата

2. Составьте следующую таблицу:

Причины нарушений опорно-двигательного аппарата -
Признаки и симптомы нарушений опорно-двигательного аппарата -
Степени нарушений опорно-двигательного аппарата:
Легкая степень -
Средняя степень
Тяжелая степень

3. Составьте нижеследующую сравнительную таблицу.

Причины развития нарушений осанки	Причины развития ДЦП
Симптомы нарушений осанки	Симптомы ДЦП у детей
Признаки нарушений осанки	Признаки ДЦП

4. Напишите эссе на тему: «Мир ребенка с ДЦП».

#### **Практическая работа:**

Прочтите работу авторского коллектива (Приходько О.Г., Гусейнова А.А., Дедюхина Г.В., Тюрина Н.Ш., Семаго М.М., под редакцией Алехина С.В. и Самсоновой Е.В.) «Создание специальных условий для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в общеобразовательных учреждениях». Методические рекомендации. Серия «Инклюзивное образование», Москва, 2012. – с. 64. Электронный ресурс: <http://edu-open.ru/Portals/0/Specialistam/Созд%20усл.%20для%20детей%20с%20наруш%20ОДА.pdf>.

1. Составьте краткое резюме по прочитанной работе.
2. Выведите проблемы, с которыми сталкиваются дети с опорно-двигательными нарушениями в общеобразовательных учреждениях;
3. Исследуйте, какие потребности в услугах у этих детей имеются в общеобразовательных учреждениях;
4. Какие общеобразовательные коррекционные услуги должна оказывать этим детям общеобразовательное учреждение.
5. Опишите основные направления работы педагогического коллектива с данной категории детей;
6. Опишите составление индивидуальной образовательной программы для детей с опорно-двигательными нарушениями в общеобразовательных учреждениях.
7. Опишите состав и функции кадрового обеспечения в оказании необходимых коррекционных общеобразовательных услуг детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
8. Сравните педагогический опыт общеобразовательных коррекционных услуг, раскрытые в данной работе с имеющимся педагогическим опытом общеобразовательных коррекционных услуг в Республике Молдова, в изданиях отечественных авторов;

#### **Литература:**

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровья, 1988.
2. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе. – Л.: Медицина, 1986.
3. Гордияш Е.Д. Физическое воспитание в школе. Из опыта работы. Издательство: Учитель, 2008 г. ISBN: 978-5-7057-1489-6.
4. Данилова Л.А., Стока К., Казицына Г.Н. Особенности логопедической работы при ДЦП: Методические рекомендации для учителей и родителей. – СПб., 2000.
5. Журавлёв Владимир Николаевич. Заболевания опорно-двигательного аппарата и их без медикаментозного лечения. Питер. – 2019 г. - 210 стр.
6. Забрамная, С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей: пособие для психол.- мед. - пед. комис. / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. - М.: ВЛАДОС, 2008. - 115 с. - ISBN 978-5-69100913-6.
7. Ипполитова М.В. О детях с церебральным параличом // Дети с отклонениями в развитии: Методическое пособие / Сост. Н.Д. Шматко. – М.: Аквариум, 1997.
8. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. Пособие. – М.: «Академия», 2001.
9. Обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2002.
10. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / под ред. М.В. Ипполитовой. – М., 1988.
11. Черная Наталия. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей. Учебное пособие. Издательство Феникс.- 2007. - С. 160. ISBN: 5-222-10023-5.

## 2.5. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Содержание:

1. Общее понятие задержки психического развития.
2. Классификация категории детей с нарушениями психологического развития.
  - 2.а. Классификация детей с нарушениями психологического развития в исследовании ведущих русских авторов.
  - 2.б. Международная классификация детей с нарушениями психологического развития.
3. Причины нарушений психологического развития у детей.
4. Симптомы и признаки нарушений психологического развития.
5. Особенности обучаемости детей с нарушениями психологического развития.

### 1. Общее понятие задержки психического развития.

С начала XX века детей с трудностями в обучении обозначали по разному. В Германии, например, их называли «слабоодаренными» или «легкоаномальными». К данной категории Л. Левенфельд, Келле, В. Вейгандт, Э. Крепелин относили школьников; - физическими аномалиями; - без физических аномалий; - эретических (чрезмерно активных); - апатичных (анергических); - с простой физической слабостью; - с психическими осложнениями; - с нравственными аномалиями.

В Бельгии к категории учащихся с трудностями в обучении относили слепых и глухонемых детей, детей с расстройствами речи, педагогически отсталых, пассивных или нравственно слабых (Ж. Демор).

Во Франции, Ж. Филипп и Г. Поль-Бонкур предложили свою классификацию детей, испытывающих стойкие затруднения в усвоение школьной программы, они *выделили одиннадцать групп учащихся начальных классов*; 1. Умственно отсталые ученики (с замедленным по сравнению с нормой психическим развитием); 2. Неустойчивые (с неровной интеллектуальной продуктивностью и успеваемостью); 3. Расслабленные (анестезированные); 4. Учащиеся, страдающие эпилепсией; 5. Учащиеся страдающие истерией; 6. Субнормальные учащиеся (с временной неспособностью к продуктивному обучению из-за «промежуточного» состояния интеллекта между нормой и слабоумием); 7. Дети с расстройствами речи; 8. Глухонемые дети; 9. Слепые дети; 10. Педагогически отсталые дети (пассивные или недисциплинированные); 11. Медицински отсталые (пассивные или неуравновешанные). Таким образом, первые классификации школьников с трудностями в обучении стали возникать на основании анализа многочисленных психолого-медико-педагогических характеристик особенностей возрастного развития. Постепенно формировалось представление о том, что отставание в психическом развитии и трудностями в школьном обучении.

Впервые изучением задержки психического развития начали заниматься клиницисты.

М.С. Певзнер выделила детей с нарушенном темпом психического развития; детей с астеническими и церебрастеническими состояниями; детей с акалькулией.

Термин «задержка психического развития» был предложен Г.Е. Сухаревой (1965 г.).

Г. Е. Сухарева отмечала, что у данной категории детей замедленный темп психического развития, личностную незрелость, негрубые нарушения познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям отличающиеся от олигофрении, с

тенденцией к компенсации к обратному развитию. Г.Е. Сухарева, исследуя феномен задержки психического развития, выделила шесть типов состояний, которые следует дифференцировать от понятия «олигофрения» (1965):

- 1) интеллектуальные нарушения, наблюдающиеся у детей с замедленным (или задержанным) темпом развития в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания;
- 2) интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) нарушения интеллектуальной деятельности при различных формах инфантилизма;
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;
- 5) интеллектуальные нарушения, наблюдаемые у детей в отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы;
- 6) интеллектуальные нарушения при нервно-психических заболеваниях.

В 1965 году Г.Е. Сухаревой предложена дифференциация детей с задержанным темпом психического развития; детей с дефектами семейного воспитания; детей, анестезированных соматическими заболеваниями; детей с первичными нарушениями речи, обусловленными локальными поражениями мозга. В клинических исследованиях Г.Е. Сухарева выделила четыре варианта нарушений темпа психического развития у детей.

**1. Психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте** (неосложненный органический инфантилизм). К этому варианту отнесены дети, у которых общая картина психического инфантилизма сочетается как с физической так и с психофизической незрелостью. Психическое отставание проявляется в поведении и в деятельности, отмечается недостаточность волевой регуляции.

**2. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности**. При данном варианте инфантилизма характерна эмоциональная и волевая незрелость, а также отставание в интеллектуальном развитии, что может привести к ошибочному отнесению данной группы детей к умственно отсталым.

**3. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями**. Для данной категории детей характерны функционально-динамические нарушения корковой деятельности. При этом в патогенезе большое значение имеет воспалительные мозговые заболевания, которые приводят к патологическим изменениям в головном мозге. На фоне задержанного развития выраженным является преобладание процесса торможения, которое обуславливает возникновение проявления вялости. Пассивности, медлительности, утомляемости. Таких детей очень сложно дифференцировать от умственно отсталых.

**4. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции**. Данный вариант очень труден в диагностическом плане в связи с необходимостью дифференцировать от умственно отсталости и локальных речевых расстройств. Ведущими при всех четырех формах отставания в психическом развитии являются особенности эмоционально волевой сферы.

На основе их сочетания с другими симптомами М. С. Певзнер выделила клинические варианты задержки психического развития у детей. В силу особых факторов, будь то тяжелая атмосфера в семье, генетическая предрасположенность или черепно-мозговая травма, могут возникать различные нарушения психики. Когда ребенок выходит на свет, невозможно понять, здоров он психически или нет. Физически такие дети ничем не отличаются. Нарушения проявляются позже.



Дети с задержкой психического развития (ЗПР) традиционно определяются как полиморфная группа, характеризующаяся замедленным и неравномерным созреванием высших психических функций, недостаточностью познавательной деятельности, снижением уровня работоспособности, недоразвитием эмо-ционально-личностной сферы, по сравнению с принятыми возрастными нормами (Г. Е. Сухаревой, 1959 г.).

**Задержка психического развития – это;**

- нарушение нормального темпа развития психики, в результате которого ребенок отстает от своих сверстников по уровню психического развития.

- нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста. ЗПР как психолого-педагогическая категория используется только в дошкольном и младшем школьном возрасте; если к окончанию этого периода остаются признаки недоразвития психических функций, то говорят уже о конституциональном инфантилизме или используют иные адекватные ситуации термины.

Задержка психического развития представляет собой отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть скорректированы с помощью специально организованного обучения и воспитания. **В некоторых источниках фигурирует такой англоязычный термин как ретардация («retardation»), означающий запаздывание или остановку развития отдельных психических функций.** Психический дизонтогенез проявляется нарушением темпов и сроков развития психики в целом, а также отдельных функциональных систем.

## **2. Классификация детей с нарушениями психологического развития. 2.а. Классификация детей с нарушениями психологического развития в исследовании ведущих русских авторов.**

Таблица 2.27. Виды классификации

<p><b>В.В. Ковалев</b> в 1979 г. предложил следующую классификацию ЗПР:</p> <p><b>I. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности:</b></p> <p><b>1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:</b></p> <p>а) при простом психическом инфантилизме;</p> <p>б) при осложненном психическом инфантилизме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом;</li> <li>– при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;</li> <li>– при сочетании психического инфантилизма с невропатическими состояниями;</li> <li>– при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.</li> </ul> <p><b>2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:</b></p> <p>а) при задержках развития речи;</p> <p>б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтения, письма, счета);</p> <p>в) при отставании развития психомоторики.</p> <p><b>3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).</b></p> <p><b>II. Энцефалопатические формы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков;</li> <li>2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций;</li> <li>3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах;</li> <li>4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии).</li> </ol> <p><b>III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости;</li> <li>2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.</li> </ol> <p><b>IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом</b></p>
--

**информации с раннего детства («педагогическая запущенность»).**

**Классификация ЗПР предложенная К.С. Лебединской** (1982 г.) в которой были предложены основные 4 клинические типы ЗПР (1. конституционального характера; 2. соматогенного характера; 3. психогенного характера; 4. церебрально-органического характера) дифференцированы **по этиопатогенетическому принципу**: Отличительная черта данных типов состоит в их эмоциональной незрелости и нарушении познавательной деятельности. Кроме того, нередко могут возникать осложнения в соматической и неврологической сферах, но основное отличие – в особенности и характере соотношений двух важных составляющих этой аномалии развития: структуры инфантилизма и особенностей развития всех психических функций.

**1. ЗПР конституционального происхождения, (неосложненный психический и психофизический инфантилизм, по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой).**

**Причиной** возникновения является незревание лобных отделов головного мозга. Иногда его так же связывают с особенностями внутриутробного развития, в частности, многоплодия (Г. П. Бертынь (1970). К этой группе относятся дети с несложным гармоническим инфантилизмом, которые сохраняют черты более младшего возраста с преобладанием игрового интереса и недоразвитием интереса к учебе. Гармонический инфантилизм нередко можно встретить у близнецов, это может указывать на связь данной патологии с развитием многоплодности. - Эмоционально – волевая сфера находится на более ранней ступени развития. - Мотивы зависят от эмоций (хочу делаю, хочу нет). - Повышенный фон настроения. - Непосредственность и яркость эмоций. - Незрелость личности ребёнка. - Легкая внушаемость. - Нет своей жизненной позиции (склонен часто менять точку зрения). Эти дети при благоприятных условиях показывают хорошие результаты выравнивания. Эмоционально – волевая сфера этих детей как бы находится на уровне детей младшего возраста, а в поведении преобладают эмоциональные реакции, игровые интересы. Дети внушаемы и недостаточно самостоятельны. При этом виде задержки психического развития эмоционально – волевая сфера ребенка находится на более раннем этапе физического и психического становления. Наблюдается преобладание игровой мотивации поведения, поверхностность представлений, легкая внушаемость. У таких детей даже при обучении в общеобразовательной школе сохраняется приоритет игровых интересов. При этой форме ЗПР гармонический инфантилизм можно считать главной формой психического инфантилизма, при которой наиболее ярко выражено недоразвитие в эмоционально – волевой сфере. Для таких детей характерны яркие, но поверхностные и нестойкие эмоции, преобладание игровой мотивации, повышенный фон настроения, непосредственность. **Трудности обучения в младших классах** связаны с преобладанием игровой мотивации над познавательной, незрелостью эмоционально-волевой сферы и личности в целом. В таких случаях все вышеописанные качества, часто сочетаются с инфантильным типом телосложения (грацильностью). В физиологическом плане, **такие дети: маленькие, щупленькие.** Детям свойственен инфантильный тип телосложения, детская мимика и моторика, а также инфантильность психики. Обучение детей с данным типом ЗПР должно происходить в специальной коррекционной школе.

**2. ЗПР соматогенного происхождения, когда в качестве этиологического фактора выступает перенесенное ребенком соматическое заболевание.** Причинами данного типа задержки психического развития являются различные хронические заболевания, инфекции, детские неврозы, врожденные и приобретенные пороки развития соматической системы, различные тяжёлые и длительные соматические состояния, перенесённых в раннем возрасте (операции с наркозом, болезни сердца, малая подвижность, астенические состояния).. При этой форме ЗПР у детей может присутствовать стойкое астеническое проявление, признаками которой являются большая физическая и психическая истощаемость, ослабленность организма, сниженная выносливость, вялость, неустойчивость настроения и т. п., которое снижает не только физический статус, но и психологическое равновесие ребенка. Она характеризуется физической и психической астенией. Детям с ЗПР соматогенного происхождения присуща боязливость (такие дети могут бояться отвечать у доски, брать на себя любую ответственность), робость, стеснительность, неуверенность в себе. Дети этой категории ЗПР мало общаются со сверстниками из-за опеки родителей, которые стараются оградить своих детей от лишнего, на их взгляд, общения, поэтому у них занижен порог межличностных связей. Кроме медикаментозного лечения такие дети нуждаются и в психологическую поддержку со стороны семьи и педагогов. «Нередко имеет место и задержка эмоционального развития — соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений — неуверенностью, боязливостью, капризностью, связанными с ощущением своей физической неполноценности». Эти дети нуждаются в лечении в специальных санаториях. Дальнейшее становление и обучение этих детей зависит от их состояния здоровья. **3. ЗПР психогенного происхождения, возникающая вследствие семейного неблагополучия, наличия неблагоприятных условий в семье, неправильного воспитания** (гиперопека, гипоопека. Такие дети очень ранимы, неуверенные в себе, у них могут наблюдаться фобии и неврозы. **В случае**

*раннего длительного воздействия психотравмирующего фактора у детей возникают стойкие отклонения нервно – психической сферы, что обуславливает патологическое развитие личности.* При этом варианте ЗПР преимущественно страдает эмоционально – волевая сфера. *Так при педагогической запущенности, безнадзорности у ребенка формируется психическая неустойчивость, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности. ЗПР невротического типа возникает в трёх основных случаях: Гиперопека, или воспитание по типу «кумира семьи».* Чаще всего бывает у тревожных родителей. Они «привязывают» ребёнка к себе, одновременно и потакая капризам ребёнка, и заставляя его поступать наиболее удобным и безопасным для родителя способом. Из окружения ребёнка устраняются любые препятствия или опасности, как реальные, так и мнимые. Ребёнок лишается возможности самостоятельно преодолевать трудности, соотносить свои желания и потребности с усилиями, которые надо приложить, чтобы их реализовать, в результате, возникает всё та же неспособность к торможению собственного аффекта, эмоциональная лабильность, и т. д. Ребёнок не самостоятелен, не инициативен, эгоцентричен, не способен к длительному волевому усилию, чрезмерно зависим от взрослых. Развитие личности идет по принципу психогенного инфантилизма. *При гиперопеке появляются эгоцентрические установки, эмоциональная холодность, неспособность к волевому усилию, к труду. Недостаточная опека, безнадзорность.* Это наиболее часто встречающийся вариант. В таких случаях у ребёнка наблюдается аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости (Г. Е. Сухарева, 1959; В. В. Ковалев, 1979 и др.). У ребёнка не воспитываются формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов. Наблюдаются черты незрелости эмоционально-волевой сферы, а именно: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость. Так же наблюдается недостаток базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы. Лебединская отмечает отдельно, что этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, которые являются не патологическим явлением, а ограниченным дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации. *Развитие личности по невротическому типу. При авторитарном, императивном воспитании, в психотравмирующих, жестоких для ребенка условиях наблюдается невротическое развитие личности, формируется робость, боязливость, отсутствие инициативы, самостоятельности.* Наблюдается в семьях с очень авторитарными родителями или там где допускается постоянное физическое насилие, грубость, деспотичность, агрессия к ребёнку, другими членами семьи. У ребёнка могут возникнуть навязчивости, неврозы или неврозоподобные состояния. Формируется эмоционально-незрелая личность, для которой характерны страхи, повышенный уровень тревожности, нерешительность, неинициативность, возможен и синдром выученной беспомощности. Интеллектуальная сфера страдает, так как вся деятельности ребёнка подчинена мотиву избегания неудачи, а не достижению успеха, следовательно такие дети, в принципе, не будут делать ничего, что могло бы лишний раз подтвердить их несостоятельность. Данную форму ЗПР нужно правильно дифференцировать от педагогической запущенности, которая патологическим состоянием не характеризуется, а возникает на фоне недостатка знаний, умений и интеллектуального недоразвития.

**4. ЗПР церебрально-органического происхождения** встречается чаще других, Наиболее сложной и специфической формой является ЗПР *церебрально – органического генеза* (минимальная мозговая дисфункция). При ЗПР церебрально – органического генеза, наряду с признаками замедления темпа развития, имеются и симптомы повреждения ЦНС (гидроцефалии, нарушений черепно – мозговой иннервации, выраженной вегето – сосудистой дистонии). Это наиболее часто встречающийся вариант. *Этиология этой формы ЗПР связана с органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза.* Конкретными причинами являются: патология беременности и родов, интоксикация, инфекции, травмы ЦНС в первые годы жизни ребенка. *В отличие от олигофрении, ЗПР обусловлена более поздним повреждением мозга, когда уже начинает осуществляться дифференциация многих мозговых систем.* Более 90% дети такого типа. Данный тип очень сложно корректируемый. У детей данного типа наблюдается: *инфантильное или демонстративное поведение; критичность суждений; низкий уровень развития познавательной и эмоциональной сферы. Дети отстают в программе по обучению.* *Причиной ЗПР церебрально – органического генеза является мозговая дисфункция.* К этой группе относят детей с церебральной астенией – повышенной истощаемостью нервной системы. У таких детей наблюдаются неврозоподобные явления, повышенная психомоторная возбудимость, аффективные нарушения, апатико-динамическое расстройство – снижение пищевой активности, общая вялость, двигательная расторможенность. Среди детей с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения *И. Ф. Марковская выделяет группы с проявлениями психической неустойчивости и психической тормозивности. Дети первой группы (с проявлениями психической неустойчивости), церебрально-органического происхождения, с преобладанием органического инфантилизма шумные и подвижные:* на переменах и прогулках забираются на деревья,

катаются на перилах, громко кричат, пытаются участвовать в играх других детей, но, не умея следовать правилам, *ссорятся, мешают другим*. Органический инфантилизм проявляется, прежде всего, в эмоционально – волевой незрелости, в примитивности эмоций, внушаемости, слабости воображения, преобладании игровых интересов над учебными. У одних детей преобладает импульсивность, психомоторная расторможенность, неспособность к волевым усилиям. У других детей выявляется робость, боязливость, склонность к страхам, пассивность, заторможенность. С взрослыми бывают ласковыми и даже назойливыми, но *легко вступают в конфликт, проявляя при этом грубость и крикливость. Чувства раскаяния и обиды у них неглубокие и кратковременные. При второй группе ЗПР, церебрально-органического происхождения – с психической тормозивности*, с преобладанием нарушений познавательной деятельности наряду с личностной незрелостью особенно проявляется несамостоятельность, нерешительность, робость, медлительность. Нарушения познавательной деятельности у детей с минимальной мозговой дисфункцией носят мозаичный характер. Парциальное нарушение корковых функций вызывает вторичное недоразвитие наиболее сложных, поздно формирующихся функциональных систем. Таким образом, нарушение психического развития характеризуется направлением «снизу вверх». Недостаточный уровень развития навыков, знаний и умений педагогически запущенного ребенка обусловлен не органическим повреждением ЦНС, не парциальным нарушением высших корковых функций, а условиями социальной депривации. Симбиотическая привязанность к родителям приводит к трудностям привыкания к школе. Такие дети часто плачут, скукают по дому, избегают подвижных игр, теряются у доски и часто не отвечают, даже зная правильный ответ. Низкие оценки и замечания могут вызвать у них слезы. *Такие формы задержки психического развития как соматогенная, психогенная, конституциональная квалифицируются как «группа риска» или «педагогическая запущенность»* —«педагогически и социально запущенный ребенок.

**2.6. Международная классификация детей с нарушениями психологического развития.** Задержки психического развития, связанные с незрелостью психики и мозговых структур, рассматриваются как отдельные группы состояний с патологией развития (именно так они трактовались в МКБ-8 и МКБ-9) либо как синдром, входящий в структуру того или иного неврологического, психического или соматического заболевания (МКБ-10).

В МКБ-10 на смену категории «ЗПР» пришли новые понятия, более обоснованные с научно-медицинской, психиатрической и психологической практики относящиеся к «расстройствам психологического (психического) развития» (МКБ-10: F80—F89; англ.: «disorders of psychological development») и, в меньшей степени, к «эмоциональным расстройствам и расстройствам поведения, начинающимся обычно в детском и подростковом возрасте» (МКБ-10: F90—F98; англ.: «behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence»).

С этого времени формулировка «задержка психического развития» не может использоваться в качестве медицинского диагноза и формально не может противопоставляться психическим расстройствам, включая умственную отсталость, гиперкинетические расстройства, расстройства психологического развития и др.

В современных международных классификациях как МКБ-10 и DSM-V такого диагноза, как ЗПР нет. В международной классификации болезней (далее по тексту МКБ-10), для обозначения пограничных интеллектуальных нарушений, с началом в детском возрасте используют блок относящиеся к группе F80-F89 – Нарушения психологического (психического) развития (МКБ-10), а именно **F83 – смешанные специфические расстройства психологического развития** («Mixed specific developmental disorders»). Для обозначения **изолированных речевых расстройств—F80-82.** Согласно МКБ-10 под этим диагнозом объединяются встречающиеся вместе разнородные нарушения, затрагивающие когнитивную, эмоциональную и поведенческие сферы, в частности, речь и общение (МКБ-10), при этом, формы нарушений психологического развития (НПР) в своем разнообразии имеют различные



этиологию и патогенез, что делает эту группу нарушений в развитии неоднородной и сложно дифференцируемой.

<b>Таблица 2.28. Определения расстройств психического развития (РПР) в МКБ-10 (1992 г.)</b>	
<b>Шифр - МКБ-10</b>	<b>Названия диагноза</b>
F 06.6	Органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство
F 06.7	Легкое когнитивное расстройство
F 06.8	Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью
F 06.9	Психическое расстройство, обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, неуточненное
F 07.8	Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой или дисфункцией головного мозга
F 07.9	Органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, неуточненное
(F80-F89)	<b>НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ –</b> Расстройства, включенные в этот блок, имеют общие черты: а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте; б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов. В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, хотя более легкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.
	<b><i>F80- F80.9 составляют группу детей с трудностями в обучении:</i></b>
F80.0	Специфические расстройства артикуляции речи
	<b><i>F81- F81.9 В данном разделе выделяется специфические расстройства развития школьных навыков</i></b>
F81	Специфические расстройства развития учебных навыков
F81.0	Специфические расстройства чтения
F81.8	Другие расстройства школьных навыков
F81.9	Расстройство развития школьных навыков
F82	Специфические расстройства развития моторной функции Синдром неуклюжего ребенка Связанное (ая) с развитием: - нарушение координации - диспраксия
F83	Смешанные специфические расстройства психологического развития
	<b>* Примечание:</b> основными диагнозами, которые ставят врачи детям с задержкой в развитии, являются: - «специфические расстройства развития учебных навыков» (F81.0 - F81.1, 81.3,81.8-81.9); - «специфические расстройства развития речи и языка» (F80.0 - 80.2, F80.8 - 80.9); - «эмоциональные расстройства и расстройства поведения» (F90 - 98). В таблице приведены наиболее часто встречающиеся у детей с ЗПР диагнозы врачей. Диагнозы рубрики F91, F93, F94, а так же некоторые диагнозы рубрики F80 могут встречаться и у детей с нормативным развитием.

Надо отметить, что критерии МКБ для этих рубрик не ограничивают применение указанных шифров в подростковом и зрелом возрасте. Вот как выглядят критерии МКБ-10:

Расстройства, включенные в этот блок, имеют общие черты:

- а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте;
- б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов.

В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, хотя более легкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.



Если же в основе задержки психического развития лежит резидуально-органическое повреждение головного мозга, нередко используются шифры F06.7 и F06.8. В большей части случаев, РПП кодируется в соответствии с МКБ-10 как синдром, входящий в структуру того или иного психического, неврологического или соматического заболевания.

Зачастую ЗПР сочетается с состояниями, отраженными в разделах **F90-F98** - «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», МКБ-10:

<b>Таблица 2.29. МКБ-10, коды</b>	
Коды МКБ-10 F90-F98	Коды МКБ: F90-F98 - Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.
F 90.	Гиперкинетические расстройства:
F 90.0.	Нарушение активности и внимания;
F 90.1.	Гиперкинетическое расстройство поведения.
F 91.- (F91.1-F 91.8)	Расстройства поведения и его под варианты;
F93.x	Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста и
F 93.1.	Фобическое тревожное расстройство;
F94	Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов и
F94x	«расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов» +
F98	Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте +

*По данным ВОЗ, имеющиеся классификации не разрабатывались специально для детского возраста и поэтому не могут учитывать всех особенностей психопатологии раннего возрастного периода.*

**В США** в дополнение к имеющимся классификациям используется Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве. Она представляет собой результат работы большого коллектива специалистов Европы и Северной Америки, которая была проведена в 1987-94 гг. в Национальном центре клинических программ по раннему детству в Арлингтоне (США). При создании классификации использовалась определенная база данных—множество конкретных случаев, которые оценивались в процессе экспертной дискуссии. Она носит новаторский характер, так как описывает ряд диагностических категорий, не выделенных в предыдущих классификационных системах, а также фокусирует внимание клинициста на специфических проблемах раннего детского возраста.

В США по данным на 2008 год, среди детей, поступающих в школу 17.8% имели различные расстройства психического развития [Gazca M. Rebooting Development with a Rhythmic Motor Intervention. - Master's Thesis. - 2012. - 117 p.]. Масштабное эпидемиологическое исследование, проведенное в 18 странах с низким и средним уровнем дохода в 2009 г., выявило, что в среднем 23% детей в возрасте от 2 до 9 лет имеют интеллектуальные нарушения.

ВОЗ предлагает так называемую концепцию жизненного цикла, в которой все факторы риска делятся в хронологическом порядке: действующие до зачатия, в пренатальном и перинатальном периоде, в периоде новорожденности и в первые годы жизни.

Формулировка ЗПР используется русскими учеными, которые внесли огромный вклад по изучению нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве. **ЗПР актуальна для педагогики, психологии, психиатрии, педиатрии и для детской неврологии. Данный диагноз устанавливается детям до младшего школьного возраста; если же признаки недоразвития психических функций сохраняются в более старшем**

*возрасте, это свидетельствует об умственной отсталости (УО). До настоящего времени не существует как четких диагностических рамок ЗПР, так и единого мнения о возрасте, до которого правомерен данный диагноз. Ошибки при диагностике задержек психического развития ведут к выбору неадекватной обучающей программы и возникновению школьной дезадаптации, на фоне которой в дальнейшем может формироваться девиантное поведение.*

<b>Таблица 2.30. Часто ЗПР представлено как клиничко-психологический синдром:</b>	
<i>Можно выделить четыре клиничко-психологических синдрома, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обуславливают трудности в обучении.</i>	Синдром психофизического инфантилизма
	Церебрастенический синдром
	Гипердинамический синдром
	Психоорганический синдром

Задержка речевого и психоречевого развития — это не самостоятельные заболевания, а следствия отклонений в развитии головного мозга, центральной нервной системы. Задержка речевого и психического развития возникает из-за нарушения работы мозга (под влиянием родовых травм, инфекций), наличия некоторых наследственных заболеваний (ЗПР усугубляется в каждом последующем поколении), неблагоприятного психологического климата, в котором растет ребенок. Причины таких состояний разно-образны: органическая недостаточность ЦНС, конституциональные особенности, неблагоприятные социальные факторы (Певзнер М. С., Власова Т. А., Лубовский В. И., Лебединская К. С., Фишман М. Н.). Так что лечить нужно не только ЗПР, но и в первую очередь причины ее появления.

### **3. Причины нарушений психологического развития у детей.**

Степень патогенности неблагоприятного фактора зависит от его специфики, интенсивности, остроты, темпа, времени воздействия и стадии развития плода. Считается, что наиболее значимы экзогении, действующие в первый триместр беременности.

<b>Таблица 2.31. Причины проявления ЗПР</b>
<b>Биологические:</b> - генные мутации, генетические, хромосомные заболевания, при которых нарушается структура мозга, генетические наследственные болезни обмена, наследственные формы инфантилизма и олигофрении, и т. д.).
<b>Неблагоприятное течение беременности:</b> - патология беременности (тяжелые токсикозы, внутриутробные инфекции, интоксикации, отравления, травмы, конфликты в системе крови), нарушение развития плода, внутриутробная гипоксия плода (кислородное голодание плода в утробе матери); - болезни матери во время беременности (краснуха, паротит, грипп); - хронические заболевания матери (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы); - токсикозы, особенно второй половины беременности; - токсоплазмоз; - интоксикации организма матери вследствие употребления алкоголя, никотина, наркотиков, химических и лекарственных препаратов, гормонов; - несовместимость крови матери и младенца по резус-фактору.
<b>Постнатальные факторы:</b>
<b>Патология родов:</b> - недоношенность; - тяжелые роды (стремительные, преждевременные, обвитие пуповины вокруг шеи); асфиксия новорожденных и ее угроза; - травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения (например, наложении щипцов); - травма ребенка при родах (перинатальная энцефалопатия, травма ЦНС, шейных отделов позвоночника); - нейроинфекции, сепсис; - тяжелые инфекционные заболевания на первых годах жизни; - тяжелые хронические соматические заболевания на ранних этапах развития ребёнка, тяжелых инфекций (вызвавших заболевания мозга) и травм в раннем возрасте; сенсорная депривация в связи с дефектами зрения и слуха; - нарушения питания, и т.д.
<b>Заболевания, которые могут вызывать задержку психоречевого развития:</b> - врожденные аномалии ЦНС и обменные нарушения в ней; - эпилепсия и другие психические заболевания; - ишемия головного мозга; - гидроцефалия; - повышенное внутричерепное давление; - ДЦП; - опухоль головного мозга; - патологии сосудов головного мозга; - лейкодистрофии; - нарушение ликвородинамики.
Среди <b>психосоциальных факторов</b> ведущее место по данным зарубежной литературы принадлежит уровню образования родителей, сенсорной и социальной депривации, материнской депрессии, жестокому обращению с ребенком, частые психотравмирующие травмы в раннем возрасте - неблагоприятные условия воспитания (слишком сильная опека или равнодушие к ребенку, -

длительное ограничение жизнедеятельности ребёнка; жестокое обращение); - педагогическая запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ребенком как на ранних этапах развития (до трех лет), так и в более поздние возрастные этапы[40]. Чаще дети с ЗПР выходят из асоциальных семей, с низким культурным, образовательным и социальным уровнем, в условиях семейной дисгармонии, эмоциональной депривации. Неправильные условия воспитания играют значительную роль в фиксации эмоционально-волевой незрелости. А у большинства детей, воспитывающихся в интернатах, с раннего детства выявляется ЗПР с нарушениями интеллекта.

**Педагогическая запущенность** – устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатками воспитания («трудные дети»). У таких детей и детей с ЗПР наблюдается внешнее сходство отклонений в поведении и социальном отношении: конфликтность, нарушение правил поведения, отказ или уклон от требований, лживость, необязательность. Причины возникновения отклонений педагогически запущенных детей разные. Поведение – результат стойкого отклонения в нравственно-правовом сознании. Данного ребенка можно назвать оппозиционером по убеждению (деяния совершает сознательно). Причинами отклонения поведения детей с ЗПР являются слабые адаптационные механизмы личности, несбалансированность процессов возбуждения и торможения. Для этого ребенка конфликт, отказ, ложь – наиболее простой способ взаимодействия со средой и в то же время способ самосохранения, самозащиты от отрицательных воздействий извне. При таком стихийном формировании без педагогической опеки ребенок приобретает асоциальные черты характера.

Часто причиной неуспеваемости являются неблагоприятные условия жизни ребенка в семье: отсутствие контроля и помощи в учебе со стороны родителей, несоблюдение режима дня, конфликтная ситуация в семье и пр. Особенно тяжелые последствия наблюдаются в тех случаях, когда социально-педагогическое неблагополучие имеет место в ранние месяцы и годы жизни ребенка. Если в раннем и дошкольном возрасте дети были лишены эмоционально-положительного контакта с родителями, другими взрослыми и детьми, когда им длительное время приходилось находиться в дошкольных учреждениях интернатного типа, может возникнуть педагогическая запущенность, проявляющаяся в том, что эти дети имеют бедный запас общих сведений и представлений, ограниченный словарный запас, не владеют элементарными логическими операциями. У детей этой группы запас знаний и способностей к приобретению новых знаний ниже, чем у их сверстников, поэтому уже в первом классе они оказываются в числе неуспевающих. Именно эти социально и педагогически запущенные дети ошибочно направляются на психолого-медико-педагогические комиссии, комплекующие специальные школы. Следует помнить, что педагогически запущенные дети в эти школы не принимаются. Им должна быть оказана помощь в условиях общеобразовательной школы.

Анализируя приведенные выше классификации, можно сделать вывод о том, что ЗПР является полиэтиологичным синдромом, при этом зачастую в этиопатогенезе состояний прослеживается сочетание как биологических факторов, так и социальных.

**Таблица 2.32. А.П. Скромец и соавт. (2011). выделили основные биологические причины возникновения ЗПР**

1) перинатальные поражения центральной нервной системы (гипоксически-ишемического, травматического, инфекционного, метаболического характера; алкогольная и другие фетопатии); 2) эпилепсия и эпилептические энцефалопатии; 3) гидроцефалия (в т.ч. и гипорезорбтивные нарушения); 4) краниостенозы; 5) новообразования головного мозга; 6) пороки развития головного мозга (дисгенезии мозолистого тела, голопроэнцефалия, арахноидальные кисты и др.); 7) наследственные болезни (фенилкетонурия, гистидинемия, гомоцистинурия и др.); 8) митохондриальные заболевания; 9) болезни накопления; 10) хромосомные болезни (синдром Дауна, фрагильная X-хромосома и др.); 11) наследственные синдромы; 12) нейрокожные синдромы (нейрофиброматоз, туберозный склероз, энцефалотригеминальный ангиоматоз и др.); 13) врожденные эндокринные заболевания (врожденный гипотиреоз и др.); 14) аутистические расстройства (синдром Каннера, Аспергера, Ретта и др.); 15) соматическая патология (болезни сердца, почек и др.); 16) снижение зрительной и слуховой функции; 17) педагогическая запущенность.

Если ЗПР обусловлена врожденными факторами, признаки и симптомы проявляются в раннем возрасте ребенка. У ребенка с ЗПР 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 слабо развиты, *могут иметь ДЦП*.

#### 4. Симптомы и признаки нарушений психологического развития.

**Таблица 2.33.** В.С. Кукушин структурировал все симптомы ЗПР и выделил основные диагностические признаки, объединив их в клинико-психологические синдромы:

**I. Незрелость эмоционально-волевой сферы – синдром психического инфантилизма:**

- 1) преобладание игровых интересов над познавательными;
- 2) эмоциональная лабильность, конфликтность либо неадекватная гипертимия и дурашливость;
- 3) неумение контролировать свое поведение, некритичность, эгоизм;
- 4) негативное отношение к выполнению умственных заданий, нежелание подчиняться правилам.

**II. Нарушение интеллектуальной работоспособности в связи с дисфункцией вегетососудистой регуляции – синдром церебральной астении:**

- 1) повышенная утомляемость;
- 2) нарастание психической медлительности либо импульсивности; недостаточная концентрация внимания; немотивированные расстройства настроения, капризность; вялость, сонливость либо гиперактивность, ухудшение почерка;
- 3) гиперакузия, повышенная фоточувствительность, непереносимость душных помещений, головные боли; 4) неравномерность учебных достижений.

**III. Энцефалопатические расстройства:**

- 1) неврозоподобный синдром (страхи, тики, заикание, нарушение сна, энурез и пр.);
- 2) стойкие расстройства поведения – синдром повышенной аффективной и двигательной возбудимости; психопатоподобный синдром (эмоциональная взрывчатость в сочетании с агрессивностью; лживость, расторможенность влечений); 3) эпилептиформный синдром (судорожные припадки, специфические особенности аффективной сферы и пр.);
- 4) апатико-адинамический синдром (вялость, безразличие, заторможенность).

**IV. Нарушения предпосылок интеллекта:**

- 1) недостаточность тонкой моторики рук; нарушения артикуляционной и графо-моторной координаций (нарушение каллиграфии); 2) зрительно-пространственные нарушения: нестойкость графического образа цифр и букв, зеркальность и перестановки их при чтении и написании; трудности ориентации в пределах тетрадного листа; 3) нарушение звуко-буквенного анализа и звуковой структуры слов;
- 4) трудности усвоения логико-грамматических конструкций языка, ограниченность словарного запаса;
- 5) нарушение зрительной, слуховой, слухо-речевой памяти;
- 6) трудности концентрации и распределения внимания, фрагментарность восприятия.

Симптомы ЗПР проявляются и в органических изменениях. *При исследовании с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ) или метода вызванных потенциалов (ВП) обнаруживаются нарушения в левом полушарии* (именно оно отвечает за речевое развитие). В целом, чем дольше ребенок испытывает затруднения с речью, тем больше затягивается его психическое и умственное развитие.

**Таблица 2.34. Основные признаки**

**М.Ш. Вроно (1983г.)** были выделены основные клинические признаки, характерные для всех форм ЗПР: 1. Запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения). 2. Эмоциональная незрелость.

3. Неравномерность развития отдельных психических функций.

4. Функциональный, обратимый характер нарушений.

Дети с ЗПР оказываются не готовыми к обучению в связи со следующими особенностями:

1. Выраженное нарушение у большинства из них функций активного внимания.
2. Недостаточность интегративной деятельности мозга затрудняет узнавание нестандартных изображений, детям трудно соединить отдельные детали рисунка в единый образ.
3. Отставание в формировании пространственных представлений, недостаточная ориентировка в собственном теле. 4. Низкая познавательная активность. 5. Недостаточное развитие тонкой моторики рук. 6. Двигательная расторможенность. 7. Недостаточные или искаженные навыки чтения, письма.
8. Эмоциональная неустойчивость.

**И.Ф. Марковской (1995г.),** предложила разделить ЗПР церебрально-органического генеза на 2 группы: а) группа А – в структуре дефекта преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма; б) группа Б – доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций, в структуре

дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

**Г.В. Козловской и А.В. Горюновой (1998 г.), ЗПР подразделяются на:** 1. Первичные задержки церебрально-органического генеза (в их основе лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде, приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического дефекта). 2. Вторичные задержки нервно-психического развития возникают на фоне первично неповрежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях. 3. Особый вариант нарушений представляет задержанное развитие с диссоциированностью (расщеплением) и дисгармоничностью (неравномерностью) развития отдельных психических функций (с аутистическим синдромом).

**Д. А. Емелина** описывает клинические и психологические характеристики задержек психического развития, осложненных различными психопатологическими синдромами.

Клинические особенности ЗПР с гиперкинетическим синдромом.

ЗПР с синдромами алалии.

ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности.

ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии.

ЗПР с неврозоподобными синдромами.

ЗПР с синдромом моторной алалии.

ЗПР с церебрастеническим синдромом.

ЗПР с синдромом психической атонии. ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами.

Ведь чем старше дети, тем больше информации они получают из того, что им говорят, в диалогах с другими. Это еще одна причина как можно раньше начинать лечение ЗПРР.

#### **Таблица 2.35. Сравнительные признаки развития общей и мелкой моторики у детей.**

Одним из основных показателей развития детей 2- 3-х лет является нормальное развитие общей и мелкой моторики, которое имеет важное значение для становления психических функций, формирования игровой деятельности и речи. Общая моторика – это разнообразные движения рук, ног, тела, т.е. по сути, любая физическая активность человека, связанная с перемещением тела в пространстве, и осуществляемая за счет работы крупных мышц тела: прыжки, бег, наклоны, ходьба и так далее. Мелкая (тонкая) моторика — движение мелких мышц тела, способность манипулировать мелкими предметами, передавать объекты из рук в руки, а также выполнять задачи, требующие скоординированной работы глаз и рук.

#### **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ в НОРМЕ ОБЩЕЙ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ:**

##### **ОБЩАЯ МОТОРИКА. ВОЗРАСТНЫЕ НОРМЫ**

**2 г. 4 мес.** Попадает мячом в цель с расстояния 1 м и более.

**2 г. 6 мес.** Влезает на скамейку высотой 20 см и слезает с нее, перешагивает через палку или веревку на высоте 20-28 см. Влезает на стремянку высотой 1,5 м и слезает с нее приставным шагом. Бросает одной рукой (попеременно) малые мячи в горизонтальную цель на расстоянии 80-90 см. Одевается самостоятельно. **2 г. 9 мес.** Ритмично двигается под музыку: хлопает в ладоши, притопывает ногами, покачивается с ноги на ногу. **2 г. 10 мес. 3 г.** Перешагивает через палку или веревку, горизонтально расположенную на высоте 30-35 см, проходит по доске шириной 15 см, горизонтально расположенной над полом на высоте 30-35 см, влезает на стремянку высотой 1,5 м и слезает приставным шагом. Бросает одной рукой (попеременно) мяч в горизонтальную цель на расстояние 100-125 см. Согласовывает свои движения движениями других детей, например, ходит в паре с другим ребенком в общем круге. Может одновременно действовать рукой и ногой, например, топать ногой и одновременно хлопать в ладоши. Умеет менять темп, направление, характер движения в зависимости от словесного или музыкального сигнала: перейти от быстрого бега к ходьбе под музыку, резко повернуть назад при приближении того, кто хочет его поймать, перейти от одного движения к другому. Умеет, хотя и с некоторым напряжением, сдерживать свои движения, дожидаться сигнала к действию. Умеет одеться. Может кататься на 3-колесном велосипеде.

##### **МЕЛКАЯ МОТОРИКА, ВОЗРАСТНЫЕ НОРМЫ**

**2 г.** - Формируется предпочтение руки. По показу повторяет вертикальные и круглые линии. Может крутить пальцем диск телефона, охотно играет с песком и другими сыпучими предметами. Проталкивает мелкие предметы в отверстие. Активно играет с самодельными и покупными сортерами (игрушка, основным принципом которой является сортировка предметов по разным признакам). Правильно складывает пирамидку, матрешку из 4 фигурок.

**2 г. 6 мес.** - «Правильно» держит карандаш, красит пальцами, учится пользоваться кисточкой и правильно ее держать. Открывает пластмассовые крыжки, учится застегивать и расстегивать молнию и пуговицы. Застегивает и расстегивает липучки и кнопки. Снимает прищепки. Правильно держит ложку и старается аккуратно есть. Учится раскрашивать, но еще часто выходит за контур. Учится совершать шагающие движения пальчиками и другие элементы пальчиковой гимнастики.

**3 г.** - Копирует круг, рисует по образцу крест. Более умело пользуется карандашом и фломастером.



рисует мелками на мольберте. Расстегивает пуговицы, режет ножницами. Строит постройку из 7-9 кубиков. Кладет 10 «пилюль» в бутылочку на 30 секунд. Нанизывает бусины на толстую нить с жестким концом. Пересыпает крупу из одной емкости в другую с помощью ложки. С помощью взрослого выполняет несложные аппликации из крупы, бумаги и пластилина.

#### **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ С ЗПР И ЗПР:**

Существует три основных типа нарушений мелкой моторики: 1. Нарушения подачи сигнала на выполнение действия (например, при органических поражениях головного мозга, инсульте, травмах головы) 2. Нарушения передачи сигнала (например, при болезни в постинсультном состоянии) 3. Нарушения в приёме и выполнении сигнала (при ДЦП, травмах конечностей, недостаточной степени развития ловкости и т. д.). Дети с ЗПР и ЗПР (задержкой речевого развития) характеризуются определенным отставанием в развитии общей и мелкой моторики. Среди детей с ЗПР отмечаются те, у которых манипулятивные действия с предметами сочетаются с предметными действиями. При помощи взрослого они активно осваивают дидактические игрушки, однако способы выполнения соотносящих действий несовершенны. Детям требуется гораздо большее количество проб и примериваний для решения наглядной задачи. Их общая моторная неловкость и *недостаточность тонкой моторики обуславливают недостаточную сформированность навыков самообслуживания* — многие *затрудняются в использовании ложки в процессе еды, испытывают большие трудности при раздевании и, особенно, в одевании, в предметно-игровых действиях*. Как показывают исследования Архиповой Е.Ф. *дети с речевой патологией моторно неловки, ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках*. В дальнейшем моторная неловкость сказывается на том, что *дети неустойчиво стоят на одной какой-либо ноге, не могут попрыгать на одной ноге, пройти по «мосту»* и т.п. *Дети с речевой патологией плохо подражают при имитации движений*: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб и т.д. Особенно заметна *моторная несостоятельность* на физкультурных и музыкальных занятиях, где дети *отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений*. *Сложности у таких детей вызывают занятия по лепке, аппликации и конструированию*. Многие дети *не умеют правильно держать карандаш, кисточку, не регулируют силу нажима, затрудняются при пользовании ножницами*. Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР и ЗПР нет, однако уровень физического и моторного развития ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, затруднено формирование графомоторных навыков. *Исследования Л.В. Лопатиной* показывают, что у детей с ЗПР нарушения ручной моторики проявляются в основном в нарушении точности, ловкости, силы, быстроты и координации движений. Значительные трудности вызывает у детей динамическая организация двигательного акта. В большинстве случаев оказывается затрудненным или невозможным быстрое и плавное воспроизведение предложенных движений. При этом отмечаются добавочные движения, персеверации, перестановки, нарушение оптико-пространственной координации. Переключение движений часто осуществляется сопряженно, по речевой инструкции и с проговариванием их последовательности. Наиболее нарушенной является возможность одновременного выполнения движений, что свидетельствует об определенной дисфункции премоторных систем, обеспечивающих, прежде всего, кинетическую организацию движений. Движения рук бывают неловкими, несогласованными, у них часто не выделяется ведущая рука. Дети порой не в состоянии одновременно действовать двумя руками сразу. Например, ребенок не может держать одной рукой основание пирамидки, а другой нанизывать колечко на стержень, или просто держать предмет в одной руке, а другой подхватывать другой предмет и т.п. **Коррекционно-педагогическая работа** по развитию моторной сферы детей 2-3 лет состоит из следующих направлений и должна сопровождаться движениями и разговорной речью (по Е.А. Стребелевой): - развитие общих движений; - развитие мышечной системы, формирование двигательных навыков; - развитие ручной моторики; - развитие мелкой моторики; - формирование зрительно-двигательной координации. - развитие наглядно – действенного мышления; - развитие и понимание речи; - расширение активного словаря; - формирование грамматических категории; - образование просодической модели слова, фраз; - формирование эмоционально – волевой сферы. **До трёх лет ребёнок** должен научиться правильно ходить, бегать, прыгать, ползать, действовать с различными предметами, владеть руками, пальцами рук, выполнять движения в соответствии с текстом, управлять мышечным напряжением, организовать движения в соответствии с ритмом музыкального сопровождения, речи, звуков (хлопки, удары в бубен, барабан...). Развивая данные навыки в раннем возрасте, возможно корректировать задержки развития той или иной сферы: речевого развития, развития психических процессов, адаптивного поведения, социализации личности малыша. Основные задачи данного направления:  
- развитие умения двигаться в заданном горизонтальном и вертикальном направлении;  
- развитие ходьбы и формирование навыка правильного бега;  
- развитие навыка ползания и лазания; - формирование правильного прыжка;

<ul style="list-style-type: none"> <li>- развитие умения подлезать под какой-либо предмет; - совершенствование навыка ходьбы;</li> <li>- развитие умения перешагивать через препятствие; - ориентация в пространстве;</li> <li>- развитие ловкости, точности и быстроты; - развитие равновесия;</li> <li>- развитие координации речи с движением; - воспитание чувства темпа и ритма.</li> </ul>
<p>Если перечисленные проблемы у детей с ЗПР и ЗРР не устранить вовремя, то позже к ним присоединяются проблемы эмоционально-психического развития: непонимание речи взрослых (не отличает ласковый и сердитый голоса, не выполняет простейшие просьбы); Непонимание слово «нельзя»; не запоминание названия и/или внешнего вида предметов; отсутствие речи и т.п.</p> <p><b>То есть задержка моторного развития приводит к задержке психического развития</b>, и все это, как снежный ком, усложняет дальнейшее построение отношений малыша с внешним миром. В результате рано или поздно ребенку ставится диагноз ЗПР (задержка психического развития) или ЗПМР (задержка психомоторного развития).</p>

Задержку психического развития можно обнаружить на любом этапе детства. В педиатрии четко установлены нормы, которым должно соответствовать развитие детей. Несоответствие показателям нормы на каком-то отрезке не является основанием для диагноза ЗПР. Ребенок, достигший 7-летнего возраста, может не проявлять интереса к учебной деятельности и оставаться в кругу интересов дошкольного возраста. Таким образом, его психическое развитие не соответствует возрастным нормам. Так как в большинстве случаев развитие детей отличается скачкообразностью, и единичные случаи отставания не являются закономерностью. Однако такие дети попадают под контроль врачей, и если отставание усиливается, то ребенок может быть направлен на психолого-медико-педагогическую консультацию, где может быть поставлен диагноз ЗПР.

### 5. Особенности диагностики детей с нарушениями психического развития.

Типы нарушений	Признаки незрелости	Признаки поврежденности
Эмоциональные расстройства	Синдром психической неустойчивости; эмоциональная лабильность; легкая пресыщаемость; нестойкость аффекта, поверхность переживаний; непосредственность, легкая откликаемость на внешние раздражители.	Аффективные расстройства по возбудимому, эйфорическому. Дисфорическому типу: выраженная стойкость и сила аффекта, вязкость, монотонность, ригидность переживаний.
Энцефалопатические расстройства	Легкие и нестойкие церебрастенические явления: успешно поддаются медикаментозному воздействию, рецидируют при организации щадящего режима. Невротические реакции, астеноневротические состояния (нестойкий логоневроз, страхи, гиперкинезы).	Церебрастения с явлениями внутричерепной гипертензии; требуется длительное лечение, легкая декомпенсация при психофизических переживаниях. Неврозоподобные состояния (мононеврозы. Стойкий энурез, энкопрез, заикание, гиперкинезы. Психопатоподобный эпилептиформный апатико-астенический симптомы.
Невротические расстройства	Симптомы незрелости без признаков органического повреждения. Нестойкие вегетативные нарушения	Легкая очаговая симптоматика. Пирамидная, экстрапирамидная и стволовая симптоматика. Церебрально-эндокринные дисфункции. Стойкая вегетативная дистония.
Нарушения высших психических функций:	<b>А. Нарушения модально-специфических функций.</b> Нестойкие динамические. Неспецифический характер нарушений. Легкие диффузные. Мозаичность нарушений, обусловленная асинхронией созревания отдельных функций.	Стойкие, специфический характер нарушений. Парциальные. Тотальность нарушений, обусловленная грубым недоразвитием мозга.
Б. Нейродинамические нарушения	Лабильность психического тонуса в сочетании с повышенной истощаемостью.	Инертность, замедленность темпа с явлениями или без явлений истощаемости психического тонуса.

В. Нарушения регуляции	Импульсивность, слабость контроля при нарастании явлений истощаемости и утомления. Вторичная пресыщаемость, нестойкость мотивации при нарастаниях явлений утомления. Вторичные нарушения программирования на истощение	Импульсивность, слабость контроля, менее зависимые утомления, персевераторность, Первичные нарушения инициирования и произвольности, грубые нарушения мотивации, вторичные нарушения программирования в связи с дефектностью отдельно модально-специфических функций. Первичные нарушения программирования.
------------------------------	--	---

Диагностика ЗПР проводится только в результате комплексного обследования ребенка психолого-медико-педагогической комиссией, включающей детского психолога, психиатра, педиатра, детского невролога, логопеда и дефектолога. На основании сведений членов комиссии делается заключение о развитии ребенка, о наличии ЗПР, даются рекомендации по организации воспитательного и обучающего процесса. Оценка психического процесса включает в себя: 1) предречевое и речевое развитие; 2) развитие восприятия (представления о частях тела, предметах, цвете, размере, форме, ориентировка в пространстве); 3) развитие памяти (стихи, пересказы); 4) развитие мышления (знания об окружающем мире – время года, время суток; аналитико-синтетическая деятельность, способность к сравнению, обобщению, классификации); 5) развитие внимания (устойчивость, переключаемость); 6) развитие игровой деятельности (характер и содержание игр); 7) развитие творческой деятельности (рисование, лепка, постройки и др.); 8) развитие навыков самообслуживания (гигиенические навыки, аккуратность, одевание, раздевание, прием пищи и др.); 9) становление эмоционально-волевой сферы (устойчивость чувств и действий, ответственность, критичность к своему поведению, саморегуляция поведения); 10) коммуникативное развитие (контактность и адекватность поведения в общении с окружающими: интерес ребенка к взрослому, способность привлечь внимание взрослого, реакция на отношение взрослого); 11) развитие самосознания (знания о себе – имя, фамилия, возраст, пол, адрес; самооценка, саморегуляция поведения); 12) развитие школьных навыков (счет, чтение, письмо и др.). Для исследования уровня психического развития ребенка также используются психологические тесты (шкала Бейли, денверовский тест и многие другие). Уровень интеллекта по системе IQ определяется у детей старше 3 лет.

Качественная неоднородность детей с ЗПР требует внутренней дифференциации, которая должна рассматриваться как обязательное условие для оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медицинской коррекции. Однако не следует забывать о том, что диагноз задержки темпа психического развития не может оставаться правомерным у детей более старшего возраста (11–13 или, в крайнем случае, 12–14 лет). Нередко возникают затруднения при разграничении ЗПР и аутистических расстройств. Это связано с тем, что некоторые формы ЗПР имеют аутоподобные проявления, такие как эхолалии, стереотипные движения, консервативные игры неигровыми предметами и пр. Но главным аргументом в пользу задержки психического развития является сохранная потребность ребенка в общении с окружающими, такие дети не избегают зрительного контакта, что так характерно для детей, страдающих аутизмом. В некоторых случаях приходится дифференцировать ЗПР и нарушения речи коркового генеза (алалия). По данным В.А. Ковшикова у детей, страдающих моторной алалией, выявляется весьма низкая речевая активность, стойко выражены нарушения звукопроизношения и фразовой речи. При сенсорной алалии в силу истощаемости произвольного внимания будет отмечаться неумение ребенка вслушиваться в обращенную речь, и, как следствие этого, быстрая утомляемость и потеря интереса.

При возрастании речевой активности, когда ребенок начинает общаться и играть с окружающими, проявляются выраженные нарушения речи в виде эхолалий.

## 5. Особенности обучаемости детей с нарушениями психологического развития.

Несоответствие интеллектуальных возможностей ребенка его возрасту: знания, навыки, волевые качества, состояние эмоциональной сферы, поведение. **Состояние нервной системы:** быстрая утомляемость, низкая работоспособность, частые головные боли, отказ от деятельности в процессе её осуществления. **Неустойчивость внимания:** повышенная отвлекаемость, неустойчивая концентрация. **Низкий уровень восприятия:** недостаточность, фрагментарность и ограниченность знаний; затруднения в узнавании предметов. **Низкая продуктивность произвольной памяти:** малый объем, трудность воспроизведения. **Отставание в развитии мышления.** Мышление у детей с ЗПР более сохранным, чем у умственно отсталых детей, более сохранна способность обобщать, абстрагировать, принимать помощь, переносить умения в другие ситуации.

**Нарушение речи:** дефекты звукопроизношения, бедный словарный запас, низкий уровень связной речи. **Особенности поведения:** пассивность при изучении нового, медлительность, аккуратность в действии с предметами, тяга к выполнению хозяйственной деятельности. Дети с задержкой психического развития отличаются уступчивостью и «легким» характером, но при этом у них нестабильная нервная система. Такие дети нуждаются в особом щадящем режиме и специальной коррекционной программе развития. При некоторых формах ЗПР (соматогенного, психогенного происхождения) возможна полная коррекция задержки при условии специальной организации процессов учения. В любом случае коррекционная работа приводит к уменьшению отставания в развитии и помогает ребенку адаптироваться к обучению в школе. Все эти дети, если им не будут обеспечены адекватные их образовательным потребностям педагогические условия, могут оказаться в «группах риска».

По данным исследователей (Лебединская К. С, Грибанова Г. В.), среди трудных подростков — неуспевающих в общеобразовательной школе значительное число (60-70%) составляют дети с задержкой психического развития.

**Типичные особенности, свойственные всем детям с ЗПР.** Во-первых, дети с ЗПР отличаются от своих сверстников своей наивностью, несамостоятельностью, они не выполняют школьных требований, но в то же время прекрасно чувствуют себя в игре, хотя ролевые формы игр со строгими правилами им недоступны. Такие дети затрудняются в организации собственной целенаправленной деятельности, не осознавая себя учеником и не понимая мотивов учебной деятельности и ее целей. Ученики, страдающие ЗПР, медленно воспринимают и перерабатывают информацию, а для более полного восприятия нуждаются в развернутых инструкциях и наглядных примерах, что связано с недоразвитием словесно-логического мышления. К началу школьного обучения у этих детей, как правило, не сформированы основные мыслительные операции – анализ, синтез, сравнение, обобщение. Они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность, но в отличие от умственно отсталых у них выше обучаемость, они лучше используют помощь и способны осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание.

**Рабочее состояние детей с ЗПР,** во время которого они способны усвоить учебный материал и правильно решить те или иные задачи, кратковременно. Как отмечают учителя, нередко дети способны работать на уроке *всего 15–20 минут*, а затем наступает утомление и истощение, интерес к занятиям пропадает, работа прекращается. В состоянии утомления у них резко снижается внимание, возникают импульсивные, необдуманные действия, в работах появляется множество ошибок и исправлений. У некоторых детей собственное бессилие вызывает раздражение, другие категорически отказываются работать, особенно если требуется усвоить новый учебный материал. Низкий уровень учебных знаний служит доказательством малой продуктивности обучения детей данной группы в условиях общеобразовательной

школы. Но поиск эффективных средств обучения необходимо вести не только в связи с разработкой приемов и методов работы, адекватных особенностям развития таких детей. Само содержание обучения должно приобрести коррекционную направленность.

*Следовательно, обучение по основной программе массовой школы им недоступно в силу того, что усвоение информации не соответствует темпу их индивидуального развития. У детей с ЗПР отмечается быстрая утомляемость, из чего вытекает низкий уровень работоспособности, возникает чувство неуверенности в себе, страх перед наказанием и уход в более доступную деятельность.*

**Школа может создавать два варианта адаптированной программы обучающихся с ЗПР — варианты 1 и 2.** Каждый вариант адаптированной программы обучающихся с ЗПР содержит различные требования к структуре, результатам освоения и условиям ее реализации, *обеспечивающие удовлетворение как общих, так и особых образовательных потребностей разных групп или отдельных обучающихся с ЗПР, получение образования вне зависимости от выраженности задержки психического развития, места проживания обучающегося и вида Организации.* Обучающихся с ограниченными возможностями здоровья создается адаптированная программа обучающихся с ЗПР, к которой при необходимости может быть создано несколько учебных планов, в том числе индивидуальные учебные планы, учитывающие образовательные потребности групп или отдельных обучающихся с задержкой развития. Если у ребенка есть еще инвалидность, то программа дополняется индивидуальной программой реабилитации инвалида в части создания специальных условий получения образования. Определение одного из вариантов адаптированной программы обучающихся с ЗПР осуществляется на основе рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии.

Обучение по первому варианту адаптированной основной образовательной программы начального общего образования, свидетельствует о том, что ребенок обучается по общему с детьми без ОВЗ учебному плану. Его особые образовательные потребности удовлетворяются в ходе внеурочной работы. Суть потребностей и, соответственно, необходимого сопровождения.

Конкретное содержание сопровождения устанавливается консилиумом образовательного учреждения. Психолого-медико-педагогическая комиссия обозначает лишь основные направления работы с ребенком.

**Первый вариант** предполагает, что обучающийся с ЗПР получает образование, полностью соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения образованию обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья, в те же сроки обучения (1-4 классы). Этот вариант также предусматривает, что обучающийся с ЗПР получает образование находясь в среде сверстников, не имеющих ограничений по возможностям здоровья. В случаях стойкого отсутствия положительной динамики в результатах освоения программы коррекционной работы обучающегося в случае согласия родителей (законных представителей) необходимо направить на расширенное психолого-медико-педагогическое обследование для получения необходимой информации, позволяющей внести коррективы в организацию и содержание программы коррекционной работы.

В штат специалистов образовательного учреждения, реализующей первый вариант обучающихся с ЗПР должны входить: учитель начальных классов, учитель музыки, учитель рисования, учитель физической культуры, учитель иностранного языка, воспитатель, педагог-психолог, социальный педагог, педагог-организатор, педагог дополнительного образования, учитель-логопед, врач психиатр или невропатолог, кинетотерапевт. При необходимости может быть предусмотрено участие в работе тьютора, ассистента.

**Второй вариант адаптированной основной образовательной программы,** необходим обучающимся с ЗПР, которые характеризуются уровнем развития несколько ниже возрастной



нормы, отставание может проявляться в целом или локально в отдельных функциях (замедленный темп либо неравномерное становление познавательной деятельности). Отмечаются нарушения внимания, памяти, восприятия и др. познавательных процессов, умственной работоспособности и целенаправленности деятельности, в той или иной степени затрудняющие усвоение школьных норм и школьную адаптацию в целом. Произвольность, самоконтроль, саморегуляция в поведении и деятельности, как правило, сформированы недостаточно. Обучаемость удовлетворительная, но часто избирательная и неустойчивая, зависящая от уровня сложности и субъективной привлекательности вида деятельности, а также от актуального эмоционального состояния. Возможна неадаптивность поведения, связанная как с недостаточным пониманием социальных норм, так и с нарушением эмоциональной регуляции, гиперактивностью. Данный вариант предполагает, что обучающийся с ЗПР получает образование, сопоставимое по итоговым достижениям к моменту завершения обучения с образованием обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья, в пролонгированные сроки обучения. Сроки получения начального общего образования обучающимися с ЗПР пролонгируются с учетом психофизиологических возможностей и индивидуальных особенностей развития данной категории обучающихся и составляют 5 лет (с обязательным введением первого дополнительного класса). Обучающимся с ЗПР по данной программе должна быть обеспечена коррекционная направленность всего образовательного процесса: - пролонгированные сроки обучения; - проведение индивидуальных и групповых коррекционных занятий; - особое структурирование содержания обучения на основе усиления внимания к формированию социальной компетенции.

Второй вариант адаптированной программы для обучающихся с ЗПР может быть реализован в разных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, что обеспечивает достижение обучающимися с ЗПР трех видов результатов: личностных, метапредметных и предметных.

Следует учитывать, что в процессе всего школьного обучения сохраняется возможность перехода обучающегося с одного варианта программы на другой. Неспособность обучающегося с ЗПР полноценно освоить отдельный предмет в рамках адаптированной программы не должна служить препятствием для выбора или продолжения освоения второго варианта, поскольку у данной категории обучающихся может быть специфическое расстройство чтения, письма, арифметических навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия), а так же выраженные нарушения внимания и работоспособности, нарушения со стороны двигательной сферы, препятствующие освоению программы в полном объеме. Обучение по второму варианту свидетельствует о том, что уровень сложности образовательной программы должен быть ниже, а в учебный план включены курсы коррекционно-развивающей области.

Важным при обучении по данному варианту программы является то, что изучение учебного предмета «Иностранный язык» начнется на год позже. Дети с ЗПР нуждаются в дополнительных коррекционно-образовательных услугах предоставляемые психопедагогом, тьютором, логопедом, психологом, кинетотерапевтом, врачами. Часы коррекционно-развивающей области представлены групповыми и индивидуальными коррекционно-развивающими занятиями (логопедическими и психокоррекционными), направленными на коррекцию недостатков психофизического развития обучающихся и восполнение пробелов в знаниях. Все эти меры на отдельных этапах обучения, приводят к положительным результатам, что позволяют достигнуть желаемых успехов. В периоды нормальной работоспособности у детей с ЗПР обнаруживается целый ряд положительных сторон их деятельности, характеризующих сохранность многих личностных и интеллектуальных качеств. Эти сильные

стороны проявляются чаще всего при выполнении детьми доступных и интересных заданий, не требующих длительного умственного напряжения и протекающих в спокойной доброжелательной обстановке. В таком состоянии при индивидуальной работе с ними дети оказываются способными самостоятельно или с незначительной помощью решать интеллектуальные задачи почти на уровне нормально развивающихся сверстников (производить группировку предметов, устанавливать причинно-следственные связи в рассказах со скрытым смыслом, понимать переносный смысл пословиц). К 3–4-му классу у некоторых детей с ЗПР под влиянием работы учителей и воспитателей развивается интерес к чтению, к изучению родного языка. При соблюдении специфических условий обучения дети этой категории способны овладеть учебным материалом значительной сложности, рассчитанным на нормально развивающихся обучающихся общеобразовательной школы.

**ЗПР имеет временный и временной характер:** Временный характер определяется тем, что определенный уровень развития достигается по прошествии времени. Например, то, что ребенок не умеет читать в 7 лет – временное явление, он научится позже. Временной характер ЗПР выявляется по отношению к нормам развития. **Дети с задержкой психического развития обучаются в обычной общеобразовательной школе по адаптированной основной общеобразовательной программе в рамках инклюзивного образования.**

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Расскажите о понятии задержки психического развития.
2. Какую роль сыграли французские ученые Ж. Филипп и Г. Поль-Бонкур в определение понятия детей, испытывающие стойкие затруднения в усвоение школьной программы?
3. Кому принадлежит термин «задержка психического развития»?
4. Расскажите основные типы состояний, которые следует дифференцировать от понятия «олигофрения» по классификации Г. Е. Сухаревой.
5. Назовите четыре варианта нарушений темпа психического развития у детей, выдвинутые Г. Е. Сухаревой.
6. Что представляет собой задержка психического развития?
7. Какую классификацию задержки психического развития предложил В. В. Ковалев?
8. В чем отличается классификация ЗПР предложенная К.С. Лебединской от классификации В. В. Ковалева?
9. Что представляет собой ЗПР конституционального происхождения, (неосложненный психический и психофизический инфантилизм, по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой)?
10. Почему формулировка «задержка психического развития» не может использоваться в качестве медицинского диагноза?
11. Какие новые формулировки понятий ЗПР включает МКБ-10?
12. В чем отличие формулировок ЗПР в МКБ-10 от МКБ-11?
13. Какие коды болезней для обозначения пограничных интеллектуальных нарушений используются в МКБ-10?
14. Какие коды болезней для обозначения пограничных интеллектуальных нарушений используются в МКБ-11?
15. Почему русскими учеными, в психо-педагогике используется еще формулировка ЗПР?
16. К чему могут привести ошибки при диагностике задержек психического развития?
17. Назовите биологические причины проявления ЗПР у детей?
18. Назовите заболевания, которые могут вызывать задержку психоречевого развития?

19. Какую роль играет уровень образования родителей в развитии интеллекта своих детей?
20. Чем отличается и чем, похоже, педагогическая запущенность с ЗПР?
21. Назовите основные биологические причины возникновения ЗПР выдвинутые автором А.П. Скромец.
22. Расскажите о симптомах и признаки нарушений психологического развития.
23. Расскажите основные диагностические признаки симптомов ЗПР, структурированы автором В.С. Кукушиным.
24. Какие основные клинические признаки, характерные для всех форм ЗПР были выделены автором М.Ш. Вроно?
25. Какова роль авторов И.Ф. Марковской, Г.В. Козловской, А.В. Горюновой и Д. А. Емелина в классификации ЗПР?
26. Опишите характеристику сравнительных признаков развития общей и мелкой моторики у детей с ЗПР.
27. Расскажите о соотношении признаков незрелости и поврежденности центральной нервной системы в клинических проявлениях ЗПР/НПР у детей (по И.Ф. Марковской, 1993 г.).
28. Какие компоненты включает в себя оценка психического процесса?
29. Какие тесты используются для исследования уровня психического развития ребенка?
30. Расскажите об особенностях обучаемости детей с нарушениями психологического развития.
31. Какие варианты адаптированной программы используются при обучении, детей с ЗПР?
32. Что означает обучение, по первому варианту адаптированной программы предназначенной детям с ЗПР?
33. Чем отличается обучение, по первому варианту от второго варианта адаптированной программы для детей с ЗПР?
34. Объясните, почему ЗПР имеет временный и временной характер?

### Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните по памяти ниже следующую таблицу:

Соотношение признаков незрелости и поврежденности центральной нервной системы в клинических проявлениях ЗПР/НПР у детей (по И.Ф. Марковской, 1993 г.)		
Типы нарушений	Признаки незрелости	Признаки поврежденности

2. Дайте письменную характеристику адаптированных программ предназначенные детям с ЗПР.

Категории детей с ЗПР	Вариант адаптированной программы	Содержание компонентов программы	Характеристика предоставления дополнительных услуг	Получаемый документ об окончании образования

3. Создайте письменный кейс одного ученика с ЗПР.

### Литература:

1. Болгарова, М.А. Своеобразие развития познавательного интереса у учащихся с задержкой психического развития младшего школьного возраста / М.А. Болгарова // Специальное образование. - 2007. - №8. - С.23-29. - ISSN 19996993
2. Власова, Т.А. Актуальные проблемы клинического изучения ЗПР у детей / Т.А. Власова, К.С. Лебединская // Дефектология. - 1975. - №6. - С. 8-17. - ISSN 0130-3074

3. Демьянов, Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум / Ю.Г. Демьянов. - М.: МиМ, Респекс, 1999. - 224 с. - ISBN 5-8097-0023-3
4. Дробинская, А.О. Ребенок с задержкой психического развития. Понять, чтобы помочь / А.О. Дробинская. - М.: Школьная Пресса, 2005. - 96 с. - ISBN 5921903-96-5
5. Жаренкова, Г.И. Психолого-педагогическое изучение учащихся с задержкой психического развития в специальной школе / Г.И. Жаренкова // Дефектология. -1981. - №2. - С. 3 - 8. - ISSN 0130-3074
6. Жаринова, Н.Д. Дети с задержкой психического развития в общеобразовательном классе. Монография. Вестник ТОГИРРО. - 2011. - № 1. - 132 с. - ISBN 978-5-89967-482-2.
7. Жукова Н.С. Логопедия. Основы теории и практики. Изд-тво: ЭКСМО, 2017г. С. 288 ISBN: 978-5-699-48294-8
8. Емелина Д. А. Задержки психического развития резидуально-органического генеза: клинические варианты, динамика, прогноз.: диссертация ... кандидата Медицинских наук: 14.01.06 / Емелина Дарья Андреевна; [Место защиты: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации], 2018.- 189 с.
9. Зимняя, И.А. Лингвopsихология речевой деятельности / И.А. Зимняя. - М.: Моск. психолого-соц. инст-т, Воронеж: НПО "МОДЭК", 2001. - 432 с. - ISBN 589502-253-7 (МПЦИ); ISBN 5-89395-330-4 (НПО "МОДЭК")
10. Зотов, А.Г. К вопросу лечения детей с задержкой психического развития / А.Г. Зотов // Русский медицинский журнал. - 2010. - Т.18. - №20. - С. 1257-1260.
11. Ипполитова, Н.А. Обучение школьников разным видам чтения. Изучающее чтение / Н.А. Ипполитова // Русский язык в школе. - 1999. - №1. - С. 3-11. - ISSN 0131-6141
12. Кукушин В.С., Бозаджиев В.Ю., Болдырева-Вараксина А.В. Специальная педагогика : учебное пособие для студентов педагогических вузов. 2-е изд., испр. и доп. / под общ. ред. В.С. Кукушина. М. : НОУ ВПО "МПСУ", 2014. С. 118-133.
13. Лалаева, Р.И. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова. М.: ВЛАДОС, 2003. С. 303. ISBN 5-691-01076-X
14. Лебединская, К.С. Клинические варианты задержки психического развития / К.С. Лебединская // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 1980. - Т.80. - №3. - С. 407-412. - ISSN 1997-7298
15. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. - М.: Педагогика, 1989. - 104 с. - ISBN 5-71550113-X
16. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учебное пособие / И.И. Мамайчук. - СПб: Речь, 2006. - 400 с. - ISBN 59268-0166-4
17. Никашина, Н.А. Педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития. Основные направления коррекционной работы / Н.А. Никашина, С.Г. Шевченко // Психология детей с ЗПР: Хрестоматия / - СПб.: Речь, 2003. - С. 357-369. - ISBN 5-9268-0215-6
18. Скоромец А.П., Семичова И.Л., Крюкова И.А., Фомина Т.В., Шумилина М.В. Задержки психического развития у детей и принципы их коррекции (обзор). Лечащий врач. 2011;5:53-57.
19. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.3 / Г.Е. Сухарева. - М.: Медицина, 1965. - 335 с.
20. Фотекова, Т.А. Динамика речевых функций у школьников с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития / Т.А. Фотекова // Сибирский психологический журнал. - 2009. - №3. - С. 69-72. - ISSN 1726-7080
21. Шошин, П.Б. Оpoznавание простых изображений детьми с задержкой психического развития / П.Б. Шошин // Дефектология. - 1972. - №4. - С. 36-41. -ISSN 0130-3074

## 2.6. ДЕТИ С РАССТРОЙСТВАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Содержание:

1. Эволюция становления понятия «интеллектуальное недостаточность».
  - 1.1. Олигофрения в интерпретации авторов различных времен. Формы олигофрении.
  - 1.2. Понятие умственной отсталости и степени тяжести.
  - 1.3. Деменция, как форма умственной отсталости.
2. Интеллектуальная недостаточность – современный термин умственной отсталости.
3. Причины интеллектуальной недостаточности.

### 1. Эволюция становления понятия «интеллектуальное недостаточность».

#### 1.1. Олигофрения в интерпретации авторов различных времен. Формы олигофрении.

Умственная отсталость (малоумие, олигофрения; др. гр. ὀλίγος – малый + φρήν - ум) - врождённая или приобретённая в раннем возрасте задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации.

Проявляется в первую очередь в отношении разума (откуда и название), также в отношении эмоций, воли, речи и моторики. Впервые врачи упоминают в трактатах о детском слабоумии в 16 веке. Они называют его термином «врождённая глупость». В 17 веке подобное описание одной из форм олигофрении «кретинизм». Таких детей называли термином «кретин», а заболевание – кретинизмом.

#### Таблица 2.37. Классификация олигофрении

Профессор медицины **Б. Ф. Платтер** (16 – 17в.) был одним из первых психиатров, кто дал первую классификацию душевнобольных. В основу своей классификации он положил признаки, характеризующие различные нарушения интеллекта, эмоций и физического состояния человека. Все симптомы Б.Ф.Платтер связал с анатомо-физиологической этиологией – это травмы головы, наследственность, отравления наркотиками, старость и другие факторы. Он также был первым психиатром, выделившим среди душевных заболеваний форму, характеризующуюся стойким нарушением интеллекта. В дальнейшем эта форма стала называться слабоумием.

**Филлип Пинел** (F. Pinel 1745-1826), первый психиатр, рассмотревший идиотию как психическое заболевание с остановкой в развитии интеллектуальных и аффективных способностей. Он различил две клинические формы слабоумия – врожденную и приобретенную. Пинель расширил понятие «идиотия», выделил из группы психозов детского возраста идиотизм и слабоумие. Выделив 4 вида идиотии: 1. состояние, близкое к животному (дикость, отсутствие всех чувств); 2. состояние, при котором есть некоторые понятия и физические потребности; 3. глупость – состояние, если имеются разум и речь; 4. имбецилизм – состояние, при котором у субъекта наблюдается постепенное ухудшение ранее имевшегося разума.

**Жан-Этьен-Доминик Эскироль** (1772-1840), ученик Пинеля, выделил отдельные формы врожденного слабоумия, *основанная на клинических критериях* (1838 г.). Эскироль впервые указывал, что идиотия – это не болезнь, а состояние, при котором умственные способности никогда не проявлялись или же не развились в течении жизни. Эскироль впервые разграничил врожденное и приобретенное слабоумие. Он ввел понятия «амения» и «деменция» для обозначения врожденного или приобретенного слабоумия, и понятие «имбецилизм» - для обозначения более легкой формы идиотии. Для обозначения одной из степеней слабоумия ввел термин «умственная отсталость». Эскироль считал, что идиотия – это врожденное слабоумие, а умственная отсталость – приобретенное. В своей классификации в качестве ведущего симптома он выделил состояние речи слабоумных и показатели, выражающие эмоциональные качества. Он делал попытки установить взаимосвязь между симптомами слабоумия. Эскироль положил



<p>начало клиническому и психологическому изучению слабоумия. Основные его положения о слабоумии легли в основу всех последующих исследований и учений в этой области. Многие психиатры пытались выделить отдельные формы врожденного слабоумия. Одной из первых, основанных на клинических критериях, классификаций была группировка форм психического недоразвития в зависимости от нарушений темперамента.</p>
<p>Такую группировку предложил и W. Griesinger (1867), разделивший детей с врожденным слабоумием на апатичных и возбужденных. Аналогичный подход продемонстрировали Е. Краепелин и W. Weygandt (1915), которые выделили 2 клинических варианта олигофрении и соответственно 2 типа больных: эретичные олигофрены — больные с врожденным слабоумием, сопровождающимся двигательным беспокойством и раздражительностью; торпидные олигофрены — больные, отличающиеся тупым безразличием, апатией и заторможенностью.</p>
<p><b>В начале 19 века</b>, главными были глубокие формы умственной отсталости, с видными симптомами, то во начиная со второй половине 19 века выявляются лица с легкими формами отсталости. Отставание у детей выявляется в процессе обучения, а у взрослых – в условиях работы на производстве. Внимание к легким формам умственной отсталости побудило пересмотреть раннее определение слабоумия, критерии этого состояния, классификации форм, степеней и видов слабоумия. Это обусловило два направления в понимании характера и сущности слабоумия. <b>Первое направление - анатомо-физиологическое. <u>Представители этого направления клинически исследовали слабоумие.</u></b> Они считали, что слабоумие появилось из-за влияния вредных факторов, нанесенных организму ребенка на разных стадиях его развития. За рубежом это психиатры: Д. Бурневиль, Б. Морель, Э. Крепелин; а в России - С.С. Корсаков, В. П. Сербский, А. Н. Берштейн, Г.И. Россолимо, Г.Я. Трошин и другие. <b>Они делили причины слабоумия на три группы. Первая группа - причины, действующие до рождения ребенка</b> (неблагоприятная наследственность, неблагоприятные моменты в период зачатия и беременности, физическое состояние и возраст родителей). <b>Вторая группа – причины, действующие во время рождения</b> (преждевременные роды, долгие и неправильные роды). <b>И третья группа – причины, действующие после рождения ребенка</b> (болезни внутренних органов, нервной, эндокринной системы, тяжелые эмоциональные переживания, плохие условия воспитания в семье, пед. запущенность...).</p>
<p><b>В 19 веке В. Айрленд (1880)</b> впервые классифицировал по <b>этиологическому принципу</b> формы психического недоразвития. Он выделил психическое недоразвитие травматического, воспалительного происхождения, а также вследствие дистрофических нарушений.</p>
<p><b>Т. Меунерт (1892) и D. Bournewille (1894) выдвинули анатомический принцип классификации олигофрении</b> и употребили термин «имбецильность». Вскоре в группе олигофрении начали выделять дебилов - с легким снижением интеллекта. Они различали состояния психического недоразвития, связанные с гидроцефалией, по врожденному отсутствию некоторых отделов головного мозга, «склерозу» всего мозга или отдельных его частей. Эти классификации представляют сейчас только исторический интерес.</p>
<p>В начале 20 века, немецкий психиатр <b>Эмиль Крепелин (1856-1926)</b>, первый <b>объединил все формы раннего, непрогредиентного слабоумия в одну общую группу олигофрению (малоумие) и ввел термин «олигофрения» для обозначения этой группы врожденных болезненных состояний</b>, происхождение которых он видит в наследственном вырождении или повреждении зародыша, и в болезненных процессах подвергшегося мозга в эмбриональном периоде развития. Он выделили 2 клинических варианта олигофрении и соответственно 2 типа больных: эретичные олигофрены - больные с врожденным слабоумием, сопровождающимся двигательным беспокойством и раздражительностью; торпидные олигофрены - больные, отличающиеся тупым безразличием, апатией и заторможенностью. Крепелин придерживался традиционной классификации <b>олигофрении по степени дефекта: идиотия, имбецильность и дебильность.</b></p>
<p><b>Второе направление - психолого-педагогическое</b> (А. Бинэ, Т. Симон, Санте де Санктис, Л.В. Занков, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейн и другие). Сторонники этого направления уделяли изучению легких форм умственной отсталости. Они понимали слабоумие как количественное отставание развития ненормального ребенка от развития его нормального сверстника и занимались в основном поиском путей выявления уровня психического развития ребенка. В начале 20 века психолого – педагогическое направление в изучении слабоумия стало ведущим в основном из-за педагогических нужд – необходимостью разделения содержания обучения, его методов и типов учреждений.</p>
<p><b>Альфред Бинэ</b> (фр. Alfred Binet: 11 июля 1857 — 18 октября 1911) — французский психолог, доктор медицины и права. В 1898 году опубликовал работу «Умственное утомление». Бинэ предложил оценивать интеллект на основе образовательного уровня, достигнутого ребенком. В 1899 г. открыл совместно с Ф. Бюиссоном лабораторию экспериментальной педагогики. В 1903 году, А. Бинэ совместно с Т. Симоном, предложили первый практический психологический тест</p>

для диагностики детей с задержкой умственного развития, называвшегося «шкала умственного развития Бине — Симона» (аналога современного IQ-теста).

Для отбора умственно отсталых детей в специальные школы он разработал шкалу развития интеллекта, в основе которой лежит идея различия хронологического и умственного возраста.

Создал систему простых испытаний для соответствующих измерений (Бине - Симона тест, 1905). Называвшегося «шкала умственного развития Бине — Симона» (аналога современного IQ-теста). По числу заданий, которые решил ребёнок, вычислялся возраст его интеллектуального развития. Задания в шкалах Бине были сгруппированы по возрастам (от 3 до 13 лет).

В 1907 году Альфред Бине в соавторстве с Теодором Симон (Théodore Simon (1873-1961) опубликовал книгу «Ненормальные дети» - («Les enfants anormaux»). В данной работе ученые выделили критерии умственной отсталости: замедленность физического развития, неравномерность роста, дезорганизация умственных способностей. Главными критериями оценки авторы считали способность к логическому мышлению и речь, как форму его внешнего выражения. Бинэ и Симон считали, что между уровнем интеллекта и уровнем развития коммуникативной функции речи существует жесткая корреляция. На базе этого они разработали классификацию задержек психического и умственного развития: идиотия - невозможность индивидуума общаться посредством речи; имбецилия - возможность общаться посредством устной речи, но отсутствие способности к овладению чтением и письмом; дебильность — владение всеми видами речи с отставанием в образовательном плане. В 1908 году была опубликована шкала умственного развития для детей в возрастном диапазоне от трех до двенадцати лет. Это был первый вариант шкалы Бине-Симона. Позднее в 1916 шкала Бине — Симона была переработана Л. Терменом в «шкалу интеллекта Стэнфорд — Бине» (англ. «Stanford-Binet Intelligence Scale»). В настоящее время, в модифицированном виде, шкала интеллекта Стенфорд-Бине (в пятом издании, 2003 г.), используется западными специалистами для диагностики умственного развития, оценки степени готовности ребенка к школе, для прогноза школьных достижений детей с умственными ограничениями и для распределения учащихся по разным типам школ. Интерпретация результатов: коэффициент выше IQ 130 – показатель одаренности; IQ 120-129 – высокий; IQ 110-119 – выше среднего; IQ 90-109 – средний; IQ 80-89 – ниже среднего; IQ 70-79 – пограничный; **IQ ниже 69 умственная отсталость**. Тест Стэнфорд-Бине не может быть использован при диагностировании психологических нарушений и прогнозировании развития интеллектуальных способностей, поскольку не раскрывает природу данных, а лишь констатирует их наличие. Бинэ и Симона можно справедливо считать основоположниками психометрического направления в изучении интеллектуальной недостаточности.

**В начале 20 века, Лев Семенович Выготский (1896-1934)**, объединил исследования врачей, психофизиологов, психологов, педагогов и положил начало динамическому подходу к сущности умственной отсталости, считая, что дефект умственной отсталости очень сложен и не может быть констатирован путем простого перечисления симптомов. Симптом - не признак умственной отсталости, а результат развития умственно отсталого. Он раскритиковал интеллектуалистическое направление, где на первый план выдвигалась интеллектуальная недостаточность и отрицалось ее значение и где недостатки выводятся из расстройств аффекта и воли. Выготский считает, что интеллект и аффект едины. Он по-своему понимал умственную отсталость, выделяя при этом и разграничивая первичную и вторичную природу дефекта. Первичный – материальная основа умственной отсталости (органические нарушения ЦНС), а вторичная – место умственно отсталого в социальной среде. Выготский, опираясь на здоровые качества умственно отсталого, учитывал возможность воздействовать на первичный дефект через коррекцию вторичного.

В последующем, многие исследователи [A. Tredgold, 1956; G. Jervis, 1959; L. Pen-rose, 1959; C. Kohler, 1963; H. Bickel, 1976] подразделяли умственную отсталость на «первичную» (наследственную) и «вторичную» (экзогенную). Внутри каждой группы проводится дальнейшая дифференциация по клиническим проявлениям и степени интеллектуального недоразвития.

К числу наиболее детально разработанных этиологических классификаций относится группировка умственной отсталости, предложенная G. Jervis (1959). Он выделял физиологические и патологические формы, а патологические в свою очередь делил на экзогенные и эндогенные. Эта классификация — одна из наиболее подробных (включает более 40 форм).

**Мария Семеновна Певзнер (1901-1989)**, исходя из этиологических и патогенетических особенностей заболевания, предложила (1966 г.) свою классификацию, выделяя 5 клинических форм олигофрении: 1) Неосложненная форма олигофрении, без выраженных нарушений эмоционально-волевой сферы и без грубых выпадений функций анализаторов; 2) Олигофрения, осложненная нейродинамическими расстройствами. 3) Олигофрения, сочетающаяся с поражением подкорковых структур мозга, с психопатологическими с психопатоподобными формами поведения. 4) Олигофрения сочетающаяся с локальными нарушениями речи, слуха, зрения, тактильный, обонятельный анализаторы, пространственного синтеза, двигательных систем; 5) Олигофрения с выраженным

недоразвитием переднелобных отделов головного мозга;

**1. Неосложненная форма олигофрении** характеризуется диффузным поражением головного мозга. Сопровождается уравниванием нервных процессов. Отсутствуют грубые поражения в пределах того или иного коркового анализатора. Не наблюдается психомоторной расторможенности, аффективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Сохранена целенаправленность действий. Любят помогать по дому, огорчаются при неудачах, радуются успехам в школе. Эмоционально привязаны к членам семьи, сверстникам, учителям. Дети обычно спокойные, дисциплинированные, их довольно легко организовать. Быстро адаптируются в условиях специальной (коррекционной) школы. В зависимости от степени интеллектуального недоразвития различны личностные особенности, уровень достижений в интеллектуальной и трудовой деятельности, работоспособность. У детей олигофрены в степени дебильности, достаточно сохранна эмоциональная сфера, способны ориентироваться в окружающем мире, учитывать элементарные ситуации, усвоить определенные навыки поведения. Умственная отсталость у таких детей диагностируется лишь при поступлении в массовую школу или после безуспешного пребывания в ней в течение одного года (иногда двух). Основные направления коррекционной работы: 1) коррекция познавательных процессов; 2) развитие эмоционально-волевой сферы; 3) сохранение работоспособности на определенном уровне. Дети с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности при обучении в специальной (коррекционной) школе, достаточно успешно овладевают предусмотренными программой знаниями, умениями, навыками.

**2. Олигофрения, осложненная нейродинамическими расстройствами.** При данной олигофрении интеллектуальное недоразвитие сочетается с явлениями нарушения процессов активного возбуждения или торможения. *У детей с преобладанием процессов активного возбуждения* психическое развитие в целом страдает от двигательной расторможенности, отвлекаемости, повышенной импульсивности, а также аффективной неуравновешенности. Такие дети неусидчивы, часто отвлекаются, непослушны, конфликтны, на замечания взрослых не обращают внимания. В процессе коррекционного обучения возбудимые дети становятся более трудоспособными. Данная группа детей достаточно социально адаптируется в обществе. Иногда конфликты возникают по мелким поводам. *Дети с преобладанием процессов торможения* вялые, замедленные, инертные, слабо проявляется интерес ко всему новому, они безразличны в учебной деятельности, психические процессы инертны. Замедленность проявляется в снижении работоспособности, в низкой продуктивности. Учебный материал запоминают плохо. Они не успевают за одноклассниками. Им требуется больше, чем другим, времени на организацию своей деятельности. У подобных детей свой темп работы, торопить в работе их не нужно. С трудом идет переключение с одного вида деятельности на другой. В деятельности проявляется подражание.

Основные направления коррекционной работы: 1) активизация познавательной деятельности; 2) стимулирование учебной деятельности; 3) более выраженная по сравнению с другими детьми алгоритмизация действий, стереотипность действий, большая расчлененность учебного материала; 4) профилактика перегрузок, выработка четкого режима дня и его неукоснительное соблюдение.

**Лабильные дети.** В разные периоды жизни или деятельности процессы возбуждения могут преобладать над процессами торможения, и наоборот. Смена процессов происходит через пароксизмальные состояния. Направление коррекционной работы связано с тем, какой процесс (возбуждения или торможения) преобладает.

**3. Олигофрения, осложненная психопатоподобными формами поведения.** У таких детей наблюдается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, отмечается недоразвитие личностных качеств, снижение критического отношения как к себе, так и к окружающим их людям. *Подобный вид олигофрении наиболее типичен для лиц, перенесших тяжелые постнатальные инфекционные заболевания* (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит), а также черепно-мозговые травмы с вовлечением в болезненный процесс подкорковых образований.

Сочетание психического недоразвития с явлениями аффективной возбудимости, расторможенности влечений, проявляющаяся в склонности к воровству, бродяжничанию, прожорливости, повышенной сексуальности. *Такие дети могут быть опасны в момент аффекта.* Речь, исходящая от взрослых, не несет регулирующую функцию. *Дети не могут выполнять правил поведения.* Купировать аффективные состояния быстро не удастся. В тяжелых случаях применяют медикаментозные препараты. *Если у ребенка вспышки агрессивного поведения частые, затяжные, то он выводится на домашнее обучение.* Если опасности для окружающих нет, то обучение проводится в группе (классе). **Основные направления коррекционной работы:** 1) разъяснение другим детям, почему наблюдается такое поведение; 2) недопущение перевозбуждения ребенка, необходимость предупреждать его; 3) в момент аффекта внимание на ребенке не акцентировать.

**4. Олигофрения, осложненная тяжелыми нарушениями функций лобных долей мозга.** При такой олигофрении, наблюдается грубое нарушение познавательной деятельности, целенаправленности

деятельности, несоциальные наклонности, некритичны к себе, к ситуации, в которой они находятся. Одни дети вялые, двигательно заторможенные, пассивные. Другие дети расторможенные, импульсивные. **Интеллектуальная недостаточность глубокая, достигает степени имбецильности**, чувство такта, дистанции у них отсутствует. Биологические потребности (потребность в еде, сексуальность) повышены. Наблюдается неадекватное восприятие окружающей действительности. Речь своеобразна. Сопровождается произнесением штампов, бездумно повторяются чужие высказывания, смысл речи до конца не понимается. Наблюдается грубое недоразвитие личности. Отсутствует чувство страха, обиды, стеснительности.

**Коррекционная направленность воспитательной работы:** 1) развитие целенаправленности на применение простых поведенческих реакций; 2) развитие операций на основе наглядности; 3) воспитание стереотипов социального поведения.

**5. Олигофрения, осложненная нарушениями в системе отдельных анализаторов.** Наличие у ребенка сложного дефекта очень резко замедляет и изменяет ход его интеллектуального и физического развития. Снижается процент коррекции его недостатков.

Наличие умственной отсталости у глухих и слабослышащих составляет примерно 10%, а среди слепых и слабовидящих примерно в два раза больше. При данном виде олигофрений, **общее недоразвитие мозга сочетается с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, недоразвитием речевых систем**. К этиологическим факторам данного вида олигофрении относят генетические формы, связанные с нарушениями обмена, внутриутробного развития плода, а также асфиксии новорожденных, родовые травмы, ранние постнатальные поражения. Коррекционная работа проводится совместно с логопедом.

**Клинические классификации умственной отсталости** основываются не только на глубине интеллектуального дефекта, но и на особенностях личности, темперамента больных, а также ведущем психопатологическом синдроме [Фрейеров О. Е., 1964; Долл Е. А., 1946; Michaux L, Duche D., 1957; OConnor G., 1966, и др.]. Так, на основе особенностей темперамента частично построена классификация О. Е. Фрейерова (1964).

**Груня Ефимовна Сухарева (1891- 1981), советский психиатр.** Г. Е. Сухаревой (1959) были сформулированы два основных клинико-психологических закона нервно-психического недоразвития (олигофрении): 1. Тотальность; 2. Иерархичность. **Понятие «тотальность»** означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и в определенной мере даже соматические функции, начиная от врожденной несформированности ряда внутренних органов: порок сердца, нарушение строения желудочно-кишечного тракта и других систем, недоразвития роста, костной, мышечной и других систем, несформированности сенсорики и моторики, эмоций и кончая недоразвитием высших психических функций, таких, как речь, мышление, формирование личности в целом. Однако принцип тотальности психических нарушений при олигофрении нуждается в известных ограничениях, когда это касается легких форм умственной отсталости. Больные дети показывают иногда более высокие результаты, чем можно было от них ожидать. Чаще всего это наблюдается в области сенсомоторного интеллекта. **Иерархичность нервно-психического недоразвития** выражается в том, что недостаточность гнозиса, праксиса, речи, эмоций, памяти, как правило, проявляется меньше, чем недоразвитие мышления. Таким образом, выстраивание отдельных субтестов по трудности их выполнения определяется интеллектуальными способностями олигофренов. Эта закономерность находит отражение в структуре недостаточности каждой из вышеперечисленных функций. В конечном счете в восприятии, в памяти и внимании, в эмоциональной сфере и даже в моторике больше страдает уровень, связанный с процессом отвлечения и обобщения

**Клинико-патогенетическая классификация олигофрении (Г.Е. Сухарева, 1965 г.):**

<b>I. Неосложненные</b>	<b>II. Осложненные</b>	<b>III. Атипичные</b>
<p><b>I. Неосложненные</b> формы олигофрении, чаще связаны с генетической патологией, в клинико-психологической картине дефекта имеются лишь вышеописанные черты недоразвития в интеллектуальной, речевой, сенсорной, моторной, эмоциональной, неврологической, соматической сферах. При легких степенях неосложненной олигофрении деятельность ребенка зависит от его интеллектуальных возможностей и в пределах этих возможностей грубо не нарушена. Эти дети: - старательны, - усидчивы, - доброжелательны.</p>		
<p><b>II. Осложненные</b> формы олигофрении. Психическое недоразвитие осложнено болезненными (так называемыми энцефалопатическими) симптомами повреждения нервной системы: - церебрастеническим, - неврозоподобным, - психопатоподобным, - эпилептиформными, - апатико-адинамическими. Осложненные формы чаще имеют этиологию: натальную (родовые травма и асфиксия) и постнатальную (инфекции первых 2-3 лет жизни). В этих случаях более позднее время поражения мозга является причиной не только недоразвития, но и повреждения систем, находящихся</p>		



в состоянии определенной зрелости. Это проявляется в энцефалопатических расстройствах, отрицательно влияющих на интеллектуальное развитие.

**Осложненная форма олигофрении включает:** 1. *Церебрастенический синдром*; 2. *Неврозоподобный синдром*; 3. *Психопатоподобные расстройства*; 4. *Эпилептиформные расстройства*; 5. *Апатико-динамические расстройства*.

**1. Церебрастенический синдром.** При этом синдроме нарушения работоспособности больного олигофренией резко усугубляются за счет повышенной утомляемости и психической истощаемости. Ребенок не может приобрести того запаса знаний, который является потенциально доступным для возможностей его мышления.

**2. Неврозоподобный синдром.** Для лиц с этим неврозоподобным синдромом характерны: - ранимость, - боязливость, - склонность к страхам, заиканию, тикам - могут резко тормозить активность, инициативу, самостоятельность, - общение с окружающими, - усугубляют неуверенность в деятельности.

**3. Психопатоподобные расстройства,** характерно аффективная возбудимость, расторможенность влечений грубо дезорганизуют работоспособность, деятельность и поведение в целом. Особенно большое значение для нарушения поведения при олигофрении эти психопатоподобные проявления приобретают в подростковом возрасте, нередко вызывая тяжелые явления школьной и социальной дезадаптации [Лебединская К.С., 1969; и др.].

**4. Эпилептиформные расстройства,** характерны: судорожные припадки, так называемые эпилептические эквиваленты, если они наблюдаются часто, не только способствуют ухудшению психического состояния и интеллектуальной работоспособности ребенка, но и являются формальным противопоказанием для его обучения в школе. Показанное в этих случаях обучение на дому не компенсирует полностью потерю, связанных с невозможностью полноценного общения со сверстниками.

**5. Апатико-динамические расстройства,** внося в психическое состояние медлительность, вялость, слабость побуждения к деятельности, наиболее грубо усугубляют умственное недоразвитие. Сходное деление на осложненные и неосложненные формы олигофрении имеется в классификациях М. С. Певзнер (1959). Это клиническое деление имеет большое значение для изучения закономерностей не только клиники, но и психологии аномального развития, так как показывает соотношение и взаимовлияние симптомов нарушенного развития и болезни, симптомов недоразвития и повреждения. В ряде случаев эти болезненные симптомы повреждения могут настолько доминировать в клинической картине и настолько препятствовать развитию ребенка, что дифференциальная диагностика между недоразвитием и поврежденным развитием (органической деменцией) бывает затруднительной.

**III. Атипичные формы олигофрении,** по Г. Е. Сухаревой, отличаются тем, что при них эти основные закономерности могут частично нарушаться. Например, *при олигофрении, обусловленной гидроцефалией*, частично нарушается фактор тотальности поражения, так как в этом случае отмечается хорошая механическая память. *При других формах олигофрении, например так называемой лобной, а также олигофрении, обусловленной недоразвитием щитовидной железы* [Певзнер М.С., 1959], частично нарушается закон иерархичности недоразвития: в первом случае имеется грубое нарушение целенаправленности, а во втором — резкая слабость побуждений, по степени своей выраженности как бы перекрывающие тяжесть недоразвития логического мышления. Атипичность структуры интеллектуального дефекта может быть связана и с грубым западением какой-либо из отдельных корковых функций (памяти, пространственного гнозиса, речи и т.д.), связанным с компонентом локального повреждения. Так, при олигофрении, обусловленной ранним травматическим поражением мозга, нарушения памяти будут выражены значительно больше, чем недостаточность других высших психических функций. При лобной олигофрении на первый план выступает нарушение целенаправленности, превалирующей по своей массивности над недостаточностью процессов отвлечения и обобщения.

В основу классификации олигофрении, разработанной Г. Е. Сухаревой (1965, 1969), положены **критерии времени поражения и особенностей патогенного воздействия.** В зависимости от времени воздействия этиологического фактора все формы олигофрении Г. Е. Сухарева делит на 3 группы: **1. Первая группа — олигофрения эндогенной природы,** обусловленная поражением генеративных клеток родителей: - истинная микроцефалия; - болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфельтера и др.; - ксеродермические формы (синдром Рада); - энзимопатические формы, обусловленные нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена — фенилкетонурия, галактоземия, гарголизм и др.; - мутагенное поражение генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические вещества и др.)

**2. Вторая группа — эмбриопатии и фетопатии:** - олигофрения, обусловленная вирусными



инфекциями (краснуха беременных, грипп, вирусный гепатит); - олигофрении, обусловленные токсоплазмозом; - олигофрении, обусловленные врожденным сифилисом; - олигофрении, вызванные гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами. **3. Третья группа — олигофрении, вызванные вредными факторами, действующими во время родов и в раннем периоде детства, первых 3-х лет жизни ребенка:**

- олигофрении, возникшие вследствие асфиксии плода и родовой травмы; - олигофрении, вызванные в детстве (до 3 лет) инфекциями и черепно-мозговыми травмами; - атипичные олигофрении, обусловленные гидроцефалией, сочетание с детским церебральным параличом, тяжелые нарушения сенсорных функций. Внутри каждой из названных форм Г. Е. Сухарева проводила дифференциацию в зависимости от особенностей клинической картины, включая степень глубины интеллектуального дефекта. В. В. Ковалев (1995) отмечает, что выделение олигофрении второй и третьей группы основано на факторе временного патогенного воздействия на мозг, в то время как олигофрении, включенные в первую группу, обусловленные наследственными заболеваниями, выпадают из общей схемы классификации.

**Классификация олигофрений по В.В. Ковалеву (1979 г.).** По мнению В.В. Ковалева, можно выделить следующие основные клинические формы: **1) ретардация**, т.е. стойкое психическое недоразвитие (общее или парциальное) или замедленное психическое развитие. Явление ретардации — отсутствие инволюции ранних форм психического развития. Отдельные периоды развития незавершенны. Это явление характерно для олигофрений, а также задержки психического развития. **2) асинхрония** (дисгармоничное психическое развитие), которая включает признаки ретардации и акселерации. Явление акселерации отдельных функций: это относится к раннему проявлению сексуального влечения при преждевременном половом созревании. Возможно раннее возникновение речи, наблюдающееся при раннем детском аутизме. Наиболее выраженная асинхрония, характерна для искаженного развития дизонтогенеза, при синдроме раннего детского аутизма. При данном заболевании наблюдается преждевременное развитие речи (иногда до 1 года). В то же время контакт с окружающими снижен. Со стороны сенсорной и моторной сферы наблюдается выраженное недоразвитие. Социальное развитие ребенка заметно отстает. Вербальный интеллект опережает развитие предметной деятельности.

**С. С. Мнухин (1961)** в зависимости от состояния физиологического тонуса выделяет астеническую, стеническую и атоническую формы олигофрении. **Классификация олигофрений авторами С. С. Мнухин и Д. Н. Исаев (1982 г.).** Этиопатогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой не могла вместить олигофрении, названные недифференцированными, так как определенную причину их возникновения выявить не удалось. Это, а также большое клиническое разнообразие проявлений олигофрении побудили С. С. Мнухина к разработке систематики, основанной на клинко-физиологическом принципе. Его работу продолжил и завершил Д. Н. Исаев. При олигофрении значительно страдают эмоциональные и волевые процессы. Д. Н. Исаев, по особенностям нарушений эмоционально-волевой сферы, вне зависимости от степени выраженности психического недоразвития, выделил 4 основные клинические формы общего психического недоразвития. 1. Стеническая форма. 2. Астеническая форма. 3. Дисфорическая форма (добавленная). 4. Атоническая форма.

**1. Стеническая форма.** Больные со стенической формой общего психического недоразвития, особенно легкой степени выраженности, характеризуются довольно хорошей способностью к адаптации. Отличаясь сравнительно малой любознательностью, примитивностью интересов, обладая преимущественно конкретным мышлением и бедной речью, они в то же время достаточно работоспособны. Усвоенные навыки и знания эти больные способны использовать в повседневной жизни. Волевые процессы у этих больных обладают достаточной силой и устойчивостью. При легких степенях интеллектуальной недостаточности они имеют хорошую способность к адаптации, способны в полной мере использовать усвоенные навыки и знания. У некоторых лиц отмечается аффективная неустойчивость, поэтому выделяют два варианта стенической формы: уравновешенный и неуравновешенный. Варианты отличаются друг от друга большей или меньшей выраженностью аффективной неустойчивости. Больные с уравновешенным вариантом адаптируются лучше неуравновешенных.

**2. Астеническая форма.** Астеническая форма общего психического недоразвития характеризуется нестойкостью волевых процессов, быстрой истощаемостью, утомляемостью, медлительностью, нарушениями внимания, затруднениями в усвоении и использовании практических навыков. Вариантами астенической формы являются: 1. основной, имеющий все основные особенности данной формы; 2. брадипсихический, характеризующийся замедлением психических процессов; 3. дислалический, с выраженными речевыми расстройствами; 4. диспрактический, с моторными нарушениями; 5. дисмнестический, с мнестическими расстройствами. Больные с различными вариантами астенической формы, даже обладая определенным интеллектуальным багажом, словарным запасом, не способны рационально пользоваться ими. При равной степени тяжести общего

психического недоразвития, больные с астенической формой адаптируются хуже больных со стенической формой.

**3. Дисфорическая форма олигофрении** общего психического недоразвития подразделяются на «уравновешенный» и «неуравновешенный» варианты. Характеризуется своеобразным постоянным дисфорическим эмоциональным фоном, постоянным злобно-тоскливым аффектом, склонностью к дисфориям, импульсивным поступкам, негативизму, конфликтности, расторможенности влечений, нарушениями поведения. Даже при незначительной интеллектуальной недостаточности, испытывают большие трудности в обучении, в усвоении трудовых навыков, неспособны к обучению и труду. Во время дисфорий они часто проявляют агрессию (обычно по отношению к близким, осуществляющим за ними уход, при этом агрессия может быть очень жестокой и изощренной) и аутоагрессию (наносит себе глубокие порезы, прижигают кожу сигаретой, вырывают волосы и пр.). Вариантов этой формы выделено не было.

**4. Атоническая форма.** Характерными особенностями больных с атонической формой общего психического недоразвития являются низкая способность к психическому напряжению, к целенаправленной произвольной деятельности, грубые нарушения внимания, полным отсутствием способности к психическому напряжению и целенаправленной деятельности. Эти дети полностью бездеятельны или находятся в состоянии хаотической двигательной расторможенности. Атоническая форма включает три клинических варианта этой формы: 1. аспонтанно-апатический, характеризующийся снижением у больных эмоционального фона и полной их бездеятельностью; 2. акатизический, сопровождающийся хаотической двигательной расторможенностью; 3. мориоподобный, при котором больные нелепо дурашливы. Общаться с личностями, страдающими любым из этих клинических вариантов, крайне сложно. Даже обладая неплохо развитой речью, дети мало используют ее с целью коммуникации. Как и при астенической форме, при атонической формальные способности к приобретению знаний страдают меньше, чем практическое приспособление к окружающей среде. Особенности клинической картины атонической формы общего психического недоразвития, во многом сходные с симптомами раннего детского аутизма и детского типа шизофрении, нередко приводят к необходимости дифференциальной диагностики.

Использование классификации предложенной авторами С. С. Мнухин и Д. Н. Исаев, позволяет врачам выделять клинические формы, ориентирующие их, а также дефектологов, специальных психологов, логопедов, работающих с этим контингентом больных, на практическую работу, прицельную, с учетом имеющихся клинических приоритетов, составление индивидуальных реабилитационных программ.

Олигофрения – это группа различных по этиологии, патогенезу, клинической картине состояний общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных функций, которые являются врождёнными или приобретёнными в первые 3 года жизни ребёнка. Олигофрения относится к обширной группе заболеваний, связанных с нарушением онтогенеза (дизонтогении). Ее рассматривают как аномалию с недоразвитием психики, личности и всего организма.

При всех вариантах олигофрении постоянно определяются различные физические и неврологические стигмы заболевания.

**Частыми симптомами** являются различные пороки развития черепа — микроцефалия (уменьшенная в размерах голова), макроцефалия, в особенности гидроцефалия (мозговая часть черепа резко преобладает над лицевой). Наблюдаются также скафоцефалия (ладьевидный череп), долихоцефалия (удлинение черепа в переднезаднем отделе), брахицефалия (укорочение размеров черепа), ягодичный череп, тригоноцефалия (треугольный череп). Таковы же и отклонения от правильного строения лица. Например, часто наблюдается прогнатизм (заметное выстояние вперед нижней челюсти), сморщенные ушные раковины оттопыренные ушные раковины. «Дегенеративное» ухо часто называют также «морелевским ухом» (Б. Морель, 1857). **Аномалии глаз** выражаются в виде резкой асимметрии глазниц, слишком далеко или слишком близком положении глазниц, иногда наблюдается *эпикантус* (кожная складка с внутренней стороны глазницы), неправильности формы зрачка, дефекты радужной оболочки, неодинаковая окраска обоих глаз. Такие аномалии развития, как *расщепление мягкого и твёрдого нёба* (волчья пасть), заячья губа, являются довольно частыми соматическими дефектами, так же как и аномалии зубов (микродонтия, макродонтия). Неврологические

стигмы олигофрении различны — нарушения ликвородинамики, парезы и параличи черепных нервов (птоз, нистагм, косоглазие, поражение слуха и зрения), судорожные явления, нарушения чувствительности, патологические рефлексy, арефлексия. При исследовании мозга олигофренов обнаруживают *несоразмерности в развитии* различных его отделов, иногда отсутствие извилин (агирия) или их укорочение, отсутствие мозолистого тела, изменения со стороны глии, извращение архитектоники коры.

Дети с органическими поражениями коры головного мозга (олигофрены) *растут обычно ослабленными, раздражительными*. Многие из них *страдают энурезом*. Им свойственна патологическая инертность основных нервных процессов, отсутствие интереса к окружающему и поэтому эмоциональный контакт со взрослыми, потребность общения с ними у ребёнка в дошкольном возрасте часто не возникает. Дети *не умеют общаться* и со своими сверстниками. Спонтанность усвоения общественного опыта у них резко снижена. Дети *не умеют правильно действовать ни по словесной инструкции, ни даже по подражанию и образу*. Олигофрения - клинически однородная группа заболеваний различной этиологии, объединяемых двумя обязательными признаками: 1) психическим недоразвитием с преобладанием интеллектуальной недостаточности; 2) отсутствием прогрессивности.

Некоторыми учёными олигофрен определяется как «...индивид, неспособный к независимой социальной адаптации». Олигофрения встречается у 0,3-1% населения. Среди больных преобладают дети и подростки в возрасте от 5 до 20 лет. Мальчики болеют олигофренией чаще, чем девочки.

### 1.2. Понятие умственной отсталости и степени тяжести.

**Синонимами олигофрении являются** «детская олигофрения, «врождённое слабоумие», «кретинизм», «слабоумие», «дефективность», «умственная неполноценность», **«умственная отсталость»**, «ретард», умственное отставание, задержание, умственная задержка развития у детей», «синдром, болезнь, диагноз олигофрении».

Все эти термины синонимичны современному понятию умственной отсталости. Существуют разные подходы к классификации состояний умственной отсталости. Наиболее распространённой клинической классификацией является разделение умственной отсталости по степени интеллектуального дефекта. Традиционно выделялось три степени умственной отсталости: дебильность, имбецильность и идиотия.

В конце 20-го века термины *«дебильность», «имбецильность» и «идиотия» были полностью выведены из употребления и исключены из МКБ и DSM, поскольку стала очевидной непригодность столь разных слов для обозначения одного и того же понятия.*

Степени умственной отсталости								
								
<b>а. дебильность</b>			<b>б. имбецильность</b>			<b>в. идиотия</b>		
Легкая степень слабоумия:			Тяжёлая степень слабоумия:			Глубокая степень слабоумия:		
стадии:			стадии:			в.1. IQ 0-19.		
а.1. незначительная - IQ 65-69;			б.1. значительно-выраженная IQ 35—49;					
а.2. умеренная - IQ 60-64;			б.2. тяжёлая - IQ 20—34.					
а.3. умеренно-выраженная - IQ 50-59.								

Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, вошел в международные классификации психических болезней и

национальные классификации многих стран, заменив термин «олигофрения», который длительное время был распространен в нашей стране и некоторых других странах мира.

Умственная отсталость – это состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

Кроме термина «умственная отсталость» (mental retardation), используются также и другие обозначения рассматриваемых состояний: «психическая недостаточность» (mental deficiency), «психическое недоразвитие» (субнормальность) (mental subnormality), «психический дефект» (mental defect), «психическая несостоятельность» (mental disability).

Нетрудно заметить, что перечисленные понятия выделяют ту или иную особенность умственной отсталости - от указания на недоразвитие мозга до неспособности к обучению (последний термин). Но до сих пор в клинической психиатрии термины «умственная отсталость» и «олигофрения» используются как синонимы, хотя они не являются в полном смысле таковыми.

В Международной Классификации Болезней (МКБ)-10 умственная отсталость определяется как «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных особенностей». Умственная отсталость - это стойкое нарушение познавательной деятельности, обусловленное органическим поражением головного мозга.

Определяя умственную отсталость как состояние, С.Я. Рубинштейн писала, что важнейшими ее признаками являются: стойкий, а не временный характер проблем интеллектуального развития ребенка. Нарушение именно познавательного развития ребенка, а не его поведения. Неуспеваемость при обучении не является критерием умственной отсталости, т.к. может быть обусловлена поведенческими расстройствами. Наличием органического повреждения головного мозга. Дети с умственной отсталостью - это клинически разнородная группа, т.к. "умственная отсталость" - термин, определяющий общее снижение интеллектуальных способностей без указания причин и сроков возникновения нарушений.

**1.3. Деменция, как форма умственной отсталости. Умственная отсталость включает в себя две основные формы нарушений: - олигофрению и деменцию. Умственная отсталость ребенка, возникшая на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5-2 лет) в доречевой период, диагностируется как олигофрения.**

Деменция проявляется на более поздних этапах онтогенеза (после 2 лет). Олигофрению (малоумие) как синдром врожденного психического дефекта отличают от приобретённого слабоумия, или деменции (нем. de — приставка, означающая снижение, понижение, движение вниз + нем. mens – ум, разум). Приобретённое слабоумие (деменция) означает снижение интеллекта от нормального уровня (соответствующего возрасту), а при олигофрении интеллект взрослого физически человека в своем развитии так и не достигает нормального уровня.

**Деменция** (от лат. dementia - 'слабоумие') - слабоумие, стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики и памяти, обеднение эмоций, нарушение поведения. В отличие от олигофрении нарушения при деменции наступают после периода нормального развития ребенка вследствие органического поражения головного мозга (шизофрении, эпилепсии, менингоэнцефалита, травм).

Деменция может возникнуть вследствие шизофрении, эпилепсии, черепно-мозговых травм, менингоэнцефалита, заболеваний обмена веществ. Более или менее выраженная



деменция сопровождается такое прогрессирующее заболевание как мукополисахаридоз. Это наследственное заболевание, связанное с аномалиями хромосом, и выражающееся в нерасщеплении мукополисахаридозов (крахмал в хлебе и картофеле) из-за нехватки ферментов. Недостаток глюкозы приводит к недостаточному питанию мозга. Другим таким заболеванием является нейролипидоз – утрата нейронами своих функций из-за нарушения обмена веществ в миелиновой оболочке по причине нехватки ферментов. Это также хромосомное заболевание.

**При деменции интеллектуальная недостаточность возникает на более поздних этапах жизни (после развития речи), т.е. после 3-х лет,** когда большая часть мозговых структур уже сформирована, и психика ребенка уже достигла определенного уровня развития. Т.е. распад психики при деменции прогрессирует после некоторого периода нормального развития ребенка.

***Олигофрения отличается от деменции непрогрессивным, стабильным (прогредиентным) характером*** интеллектуальной недостаточности, т.е. проявившись в детстве, в дальнейшем олигофрения не прогрессирует. Полностью развитие ребенка не тормозится, хотя его темп и существенно замедлен. Отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Развитие ребенка-олигофрена подчиняется тем же закономерностям, что и развитие здоровых детей.

**Деменция** — это распад психических функций, происходящий в результате поражений мозга, часто — в молодости в результате аддиктивного поведения, а наиболее часто — в старости (сенильная деменция; от лат. senilis — старческий, стариковский). В народе сенильная деменция носит название старческий маразм.

Структура интеллектуальной недостаточности при деменции отличается неравномерностью различных познавательных функций в отличие от олигофрении. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться большая или меньшая сохранность других его отделов.

**Для олигофрении характерно тотальное недоразвитие всех нервно-психических функций** – моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоций, произвольных форм поведения, абстрактного мышления. В раннем возрасте (до 3-х лет) разграничить олигофрению и деменцию очень сложно, т.к. любые повреждения мозга, приводящие к распаду и утрате ранее приобретенных психических функций, обязательно сопровождаются отставанием психического развития в целом. Поэтому интеллектуальный дефект, вызванный прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, эпилепсией, шизофренией, начавшимися в первые годы жизни, имеет сложную структуру, включает как отдельные черты деменции, так и олигофрении (олигофренический плюс).

Деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков.

**Если деменция возникает в 3 года,** то, - прежде всего, теряется речь, пропадают навыки опрятности, самообслуживания. - Затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки (ходьба, чувство привязанности к близким). Характерным признаком начала деменции становится появление нецеленаправленного (полевого) поведения, общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, не критичность, немотивированно повышенный фон настроения.

**При начале заболевания в старшем дошкольном возрасте** наиболее выражено искажение игровой деятельности. Игра становится стереотипной, однообразной.

**Если деменция начинается в младшем школьном возрасте,** то довольно долго наблюдается сохранная речь и учебные навыки. Но зато резко снижается интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом, изменяется поведение.



**При поражении головного мозга в школьном возрасте** выявляется контраст между наличием знаний и навыков, приобретенных до заболевания, и его познавательными возможностями, которые обнаруживаются во время обследования. Обращает на себя внимание фонетически, грамматически и синтаксически правильная речь с удовлетворительным запасом слов, владение рядом бытовых и школьных навыков, техника чтения и письма, т.е. запас некоторых знаний, усвоенных в школе. Наряду с преобладанием элементарных, предметно-конкретных суждений можно услышать полноценные обобщения, отражающие уровень интеллектуального развития ребенка до заболевания. Но ущерб, нанесенный заболеванием, не только препятствует приобретению новых знаний, но и лишает ребенка возможности использовать приобретенные ранее сведения. Продуктивность мышления снижается и в связи с неустойчивостью, трудностью концентрации внимания, ухудшением памяти, повышенной истощаемостью. Интеллектуальное снижение почти всегда сочетается с выраженными аффективными расстройствами и снижением психической активности. Степень и темп деградации личности обычно опережает интеллектуальное снижение. С течением времени круг интересов все более суживается, стимулы деятельности угасают. Сохраняется лишь стремление к удовлетворению элементарных потребностей, но иногда и оно ослабевает и остается только апатическое состояние.

Различают следующие виды деменции: **резидуальную органическую деменцию**, когда нарушения интеллекта представляют собой остаточные явления поражения головного мозга, и **прогрессирующую органическую деменцию**, вызванную текущим органическим патологическим процессом в головном мозге. При второй явления интеллектуального распада постоянно нарастают.

**Умственную отсталость как врождённый психический дефект** отличают от приобретённого слабоумия, или деменции (лат. de — приставка, означающая снижение, понижение, движение вниз + лат. mens — ум, разум). **Приобретённое слабоумие** — снижение интеллекта от нормального уровня (соответствующего возрасту), а **при олигофрении интеллект взрослого физически человека в своём развитии так и не достигает нормального уровня, и она является непрогредиентным процессом**. Умственная отсталость может быть обусловлена различными этиологическими и патогенетическими факторами, действующими во время внутриутробного развития, родов или в первые годы жизни. В большинстве случаев **умственная отсталость является не болезненным процессом, а патологическим состоянием**, результатом когда-то подействовавшей вредности, и **не имеет тенденции к прогрессивности** (прогрессированию). Степень умственной недостаточности оценивается количественно с помощью интеллектуального коэффициента по стандартным психологическим тестам.

**Понятие «умственная отсталость» следует признать не только более широким, но и более точным**, так как оно практически относится ко всей категории пациентов с ранней интеллектуальной недостаточностью (олигофренией и деменцией), а не только к тем, которым ставился диагноз олигофрении.

Структура дефекта при умственной отсталости. **Первичным дефектом при умственной отсталости является органическое поражение головного мозга. Вторичное нарушение - недоразвитие познавательной деятельности.**

Американская ассоциация по вопросам затруднений развития и интеллектуальных затруднений (AAIDD) даёт следующее определение умственной отсталости:

**«Умственная отсталость характеризуется значительными ограничениями как в интеллектуальной деятельности, так и в адаптивном поведении, охватывающими адаптивные, социальные и повседневные практические навыки и формирующимися в**

*возрасте до 18 лет*». Из этого определения вытекает основная предпосылка, отражающая текущий подход в этой области: Если в течение длительного периода времени человеку оказывается соответствующая персонализированная поддержка, качество жизни умственно отсталого человека значительно улучшается (Шалок, 2010). С учётом этого, текущий подход повлёк за собой изменение названия, и термин «умственная отсталость» был заменён на современный термин («Intellectual Disability») – «интеллектуальная недостаточность», означающая невозможность выполнить задачу или функцию из-за умственного расстройства - нарушения (disorder). Независимо от особенностей того или иного определения умственной отсталости в нем всегда в сравнении с нормальным развитием отмечаются два момента: раннее возникновение интеллектуальной недостаточности и нарушение адаптационного поведения. Олигофрения, малоумие, слабоумие, умственная отсталость, дебилность, имбецильность, идиотия, кретинизм, *когнитивная недееспособность, задержка умственного развития* и другие вышеупомянутые термины вышли за сугубо медицинские рамки в разговорный язык, где приобрели яркую отрицательную коннотацию; *вместо них предложено использовать нейтральные термины*, однозначно указывающие степень тяжести умственной отсталости.

**2. Интеллектуальная недостаточность – современный термин умственной отсталости.** Термин «умственная отсталость» пересматривали несколько раз, прежде, чем название «интеллектуальная недостаточность» - («intellectual disability», (расстройства развития интеллектуальных способностей)) (intellectual developmental disorder)) было окончательно одобрено и представлены в DSM-5 и МКБ-11. Тяжесть нарушений, вызванных одной и той же причиной, может быть различна. В настоящее время в МКБ-10, DSM-5 и МКБ-11 выделяют 4 степени умственной отсталости.

Код МКБ	ИН:	Степень умственной отсталости (УО):		Коэффициент интеллекта	Умственный возраст
	МКБ - 11	МКБ - 10	МКБ- 9		
F70	Mild (легкая) Intellectual Disability	Mild (лёгкая) Mental Retardation (УО)	Дебилность	50—69	9—12 лет
F71	Moderate (умеренная) Intellectual Disability	Moderate (умеренная) Mental Retardation	Нерезко выраженная имбецильность	35—49	6—9 лет
F72	Severe (тяжелая) Intellectual Disability	Severe (тяжёлая) Mental Retardation	Выраженная имбецильность	20—34	3—6 лет
F73	Profound Intellectual Disability	Profound (глубокая) Mental Retardation	Идиотия	до 20	до 3 лет
F-78	Intellectual Disability due to other specified causes	Mental Retardation, due to other specified causes Другая обусловленная другими уточнёнными причинами			
F79	Unspecified Intellectual Disability (неуточнённая)	Retard mential nespecificat Неуточнённая			

Когда оценка степени умственной недостаточности затруднена или невозможна (например, из-за глухоноты, слепоты), используется категория F78 «другая умственная недостаточность».

В более ранних версиях Международной классификации болезней (МКБ-8) имелась ещё пограничная умственная отсталость (IQ 68—85). Тем не менее, данный диагноз присутствует в современной американской классификации DSM-5 (коды V62.89, R41.83) под названием «пограничное интеллектуальное функционирование».

**Таблица 2.39. DSM-5 под названием «пограничное интеллектуальное функционирование».**

<b>Указания на нарушения поведения</b>	
F7x.0	отсутствие или слабая выраженность нарушений поведения
F7x.1	со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения
F7x.8	с другими нарушениями поведения
F7x.9	без указания на нарушения поведения.
<b>Указания на причину.</b> Пятым знаком обозначается причина (если она известна), приводящая к умственной отсталости:	
F7x.x1	...обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией (например: пренатальные инфекции, такие как токсоплазмоз, краснуха, сифилис; постнатальные инфекции, такие как энцефалит, абсцесс мозга; интоксикации, такие как желтуха, токсикоз беременных, отравление свинцом);
F7x.x2	...обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом (например: постнатальная травма или гипоксия; механическая травма или гипоксия (асфиксия) при родах);
F7x.x3	...обусловленная фенилкетонурией;
F7x.x4	...связанная с хромосомными нарушениями (например: синдром Дауна, синдром Клайнфельтера).
F7x.x5	...обусловленная гипертиреозом;
F7x.x6	...обусловленная гипотиреозом;
F7x.x7	...связанная с недоношенностью;
F7x.x8	...обусловленная другими уточнёнными причинами (например: врождённая аномалия головного мозга, краниосиностоз, микроцефалия, гипертелоризм и т. д.);
F7x.x9	...обусловленная неуточнёнными причинами.

Новые заменяющие термины, интеллектуальная недостаточность, вызванная расстройством развития интеллектуальных способностей («intellectual disability - intellectual developmental disorder»), не только отражает проводимые профессиональные исследования в этой области, но и менее обиды для людей, страдающими расстройствами интеллектуального развития.

**Главные изменения представлены в DSM-5.** *Интеллектуальная недостаточность вошла в главу расстройств, связанных с нарушением развития нервной системы. В DSM-5 термин интеллектуальная недостаточность заменил термин умственная отсталость, использовавшийся ранее в DSM-IV (в предстоящей редакции МКБ предлагается использовать термин «расстройства интеллектуального развития»).*

От понятия умственная отсталость постепенно отказались как в клинических, так и в академических кругах, а также среди непрофессионалов из-за его уничижительного значения.

Другие модификации включают акцент на более широком обследовании пациента и оценке его функционирования. Краеугольным камнем диагностики остается тестирование IQ, определение коэффициента интеллекта (IQ) и новые критерии оценки функционирования.

<b>Таблица 2.40. DSM-5: главные изменения в диагностике интеллектуальной недостаточности</b>			
<b>DSM-4</b>	<b>DSM-5: главные изменения, касающиеся диагностики интеллектуальной недостаточности (ИН)</b>		
	<b>Изменение</b>	<b>Значимость</b>	<b>Обоснование</b>
Умственная отсталость	Заменена термином - «интеллектуальной недостаточностью»	Низкая	Уничижительное значение «умственной отсталости». Термин уже широко используется в клинических и академических условиях, среди общественных движений и широкой публики. Согласованность с МКБ.
Определение степени тяжести	При диагностической оценке главный акцент	Умеренная	IQ менее достоверен при более низких значениях диапазона. С

на основании показателей тестирования коэффициента IQ.	делается на уровне функционирования, а не на IQ		помощью IQ нельзя полноценно оценить функционирование в реальной жизни и при решении практических задач
-	Оценка адаптивного функционирования в трех сферах: концептуальной, социальной и практической	Умеренная	Многоуровневая оценка позволяет более точно определить, как индивид справляется с повседневными задачами
Определение степени тяжести на показателя IQ	Определение степени тяжести на основании адаптивного функционирования, а не показателя IQ	Умеренная	Адаптивное функционирование определяет уровень необходимой поддержки
Указан возраст начала	Удален возраст начала	Низкая	Непостоянная длительность периода развития
Аутистическое расстройство, синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство	Удаления РАС из критериев исключения	Умеренная	СДВГ часто сочетается с РАС; - коморбидность ассоциируется с более выраженными нарушениями, и сопутствующий СДВГ эффективно лечится психостимуляторами

**Критерий А** касается **дефицитов в интеллектуальном** функционировании и общих способностей, измеренных с помощью тестов IQ. Ожидается, что у индивидов с интеллектуальной недостаточностью при оценке IQ показатели будут ниже на два или более стандартных отклонения среднего значения для популяции.

**Критерий В** касается **дефицитов адаптивного функционирования в трех сферах** (не указанных в предыдущих редакциях руководства): 1. **концептуальной** (например, академические навыки); 2. **социальной** (например, речь, общение, навыки межличностных взаимоотношений); и 3. **практической** (например, жизненные навыки и самообслуживание).

Такой многомерный подход способствует постановке диагноза на основании широкой оценки влияния расстройства на функционирование пациента, а не только, исходя из специфических жалоб и оценки уровня интеллекта.

**В DSM-5 сохранены традиционные степени тяжести** – легкая, средняя, тяжелая и глубокая, однако *в качестве определяющего критерия вместо показателя IQ используется критерий степени нарушения адаптивного функционирования в трех обозначенных выше сферах*. Несмотря на то, что в предыдущей редакции для диагностики использовалось возрастное ограничение начала заболевания (до 18 лет), в DSM-5 не указан конкретный возраст, но требуется, чтобы симптомы появились в детском или подростковом возрасте.

**В пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) интеллектуальная недостаточность (Disability) включена в расстройства нейроразвития** и определяется следующим образом:

Интеллектуальная недостаточность характеризуется дефицитом интеллектуального функционирования человека, например: трудности с рассуждением, решением проблем, планированием, суждением, абстрактным мышлением, принятием решений, академической обучаемостью и обучением на основе опыта.

Все эти проблемы всегда должны быть подтверждены специалистами с помощью стандартных клинических тестов и тестов на интеллект. Интеллектуальная недостаточность характеризуется дефицитом адаптивного поведения, что подразумевает несоответствие социальным и культурным стандартам, присутствие проблем с социальной ответственностью и ведением самостоятельного образа жизни. Другими словами, страдающие умственной отсталостью люди нуждаются в ежедневной помощи и поддержке, как дома, так и в школе, на

работе, в обществе, где они испытывают трудности с общением или ведением социальной жизни.

Трудности на концептуальном или академическом уровне: другими словами, им сложно выполнять задания, требующие памяти, внимания, математического рассуждения, приобретения практических знаний, способности решать задачи, а также те, при выполнении которых необходимо использовать речь, чтение или письмо и т.д.

Трудности в социальной сфере: непонимание своих мыслей, чувств, опыта общения с другими людьми, недостаточные навыки межличностного общения, неспособность подружиться и т.п.

Трудности в практической области: связаны со степенью обучаемости и тем, насколько человек самостоятелен в различных жизненных ситуациях, например в таких сферах, как уход за собой, ответственность на работе, управление деньгами, проведение досуга, организация выполнения школьных заданий или адекватный контроль своего поведения.

Последним диагностическим критерием интеллектуальной недостаточности является то, что все интеллектуальные и адаптивные проблемы начинаются в течение периода развития. Возраст их проявления и характерные особенности в начале будут зависеть от причины, типа и тяжести интеллектуальной инвалидности. Несмотря на то, что развитие ребёнка — это сложный процесс, основанный на биологической, психологической и социальной эволюции человека, самый первичный период развития имеет ряд этапов или основных эволюционных моментов, которые подразумевают достижение успехов в овладении простыми навыками, которые в дальнейшем постепенно будут дополняться обучением более сложным навыкам.

Международная классификация болезней 10-го и 11-го пересмотра (МКБ-10; МКБ-11), в которой *умственная отсталость представлена под шифром F70-79*, не подменяет собой концептуальных классификаций, а служит, в основном, для статистических целей.

### **3. Причины интеллектуальной недостаточности (ИН).**

В мировом масштабе было проведено достаточно много исследований, посвященных оценке распространенности ИН. В среднем этот показатель колеблется от 1 до 3% (Harris, 2006). Недавно проведенный мета анализ показал, что по результатам всех исследований средняя распространенность интеллектуальной недостаточности составляет 1%.

Нарушение психического развития ребенка может оказаться следствием взаимодействия многих вредностей, действующих внутриутробно (пренатальный период), в течение родов (натальный период) и в раннем постнатальном периоде. Все причины интеллектуальной недостаточности делятся на две большие группы: эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние) факторы. Эндогенные факторы являются причинами вредоносного влияния на развитие плода во внутриутробном периоде, до рождения ребенка.

Экзогенные факторы оказывают вредоносное влияние после рождения ребенка, в натальный и постнатальный периоды интеллектуального развития ребенка.

**Таблица 2.41. Причины интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости)**

**Эндогенные (внутренние) факторы.** Среди причин, вызывающих нарушение созревания плода, известно более 400 внешних факторов (Д.Н. Исаев). Во внутриутробном периоде центральная нервная система (ЦНС) плода особенно чувствительна, из-за чего ее повреждения встречаются часто и приводят в итоге к психическому недоразвитию (70-90%). Для возникновения ИН очень важно время поражения плода, степень благополучия его развития и наличие неповрежденных тканей, способных компенсировать повреждения или замедление развития, вызванные инфекционным агентом. Чем раньше действует вредность на плод (первый триместр), тем, скорее всего, произойдет выкидыш, замершая беременность или возникнут тяжелые пороки развития. В период органогенеза с начала третьей и до конца десятой недели любой вредный фактор может привести к смерти эмбриона или появлению пороков развития. Частота пороков у умерших в пренатальном периоде развития составляет от 21 до 42%.



### 1. Изменение генетических структур:

**Хромосомные мутации** - изменения структуры хромосом: синдром Дауна, синдром Клайнфельтера.

**Генные мутации** - изменение внутренней структуры генов. Генные мутации под влиянием **физических воздействий** (ионизирующая радиация: электромагнитные излучения, гамма и рентгеновы лучи, корпускулярные излучения: быстрые нейтроны, альфа-частицы). Возникновение пороков под влиянием ионизирующего облучения связано с прямым повреждением плода, а также с нарушением метаболизма и проницаемости клеточных мембран в организме будущей матери. Наиболее часто при этом наблюдаются пороки нервной системы, глаз и черепа. **Механические воздействия**, вызывающие пороки: амниотические сращения, чрезмерное давление матки или опухоли на плод при маловодии или крупной миоме.

**Врождённые аномалии головного мозга**, краниосиностоз, микроцефалия, гипертелоризм и т. д.);

**Пренатальные интоксикации плода** приводящие к интеллектуальному дефекту **под воздействием химических веществ** (инсектициды, фунгициды, гербициды, формальдегид, ароматические углеводороды, противоопухолевые средства), психоактивных веществ (наркотики, нейролептики, депрессанты, галлюциногены, стимулирующие вещества), - свинец, алкоголь, лекарственные препараты и т.д. К лекарственным веществам, имеющим тератогенное действие, относятся гормональные препараты половых желез, надпочечников, поджелудочной железы (инсулин); препараты, подавляющие обмен веществ; препараты, избирательно разрушающие раковые клетки; антибиотики; галлюциногены; и др. Сульфонамиды, например, повреждают мозг, вызывая желтуху плода. Препараты, препятствующие свертыванию крови, могут привести к кровоизлияниям в мозге и к его стойким повреждениям.

**Внутриутробные инфекции** передаются от матери плоду, однако лишь малая их часть вызывает умственную отсталость. Они становятся причиной поражения ЦНС плода в 4-5% случаев тяжелой - и 1 % легкой умственной отсталости. **Инфекции: грипп, токсоплазмоз, краснуха, цитомегалия (ЦМВ)** - вызывается вирусом слюнных желез от матери к плоду, приводит к воспалению мозга и его оболочек). Вирус гриппа. После пандемии 1918 года было доказано, что вирус гриппа способен вызывать ИН при внутриутробном заражении. Чаще всего встречаются вирусы, простейшие (протозоа) и спирохеты (сифилис). Основной механизм повреждения ЦНС плода - **аноксия** (недостаток кислорода), в результате чего останавливается клеточное деление, что приводит к возникновению уродств или ограничению роста органов. Возбудители сифилиса, токсоплазмоза и некоторых других микроорганизмов проникают через плаценту и околоплодной жидкости. Беременная, будучи иммунной, к определенному заболеванию, все же способна передать возбудитель эмбриону. Краснуха. Если беременная заболевает ею в первые три месяца беременности, то риск умственной отсталости у ребенка составляет от 15% до 20%.

**Токсоплазмоз**. Токсоплазма - одноклеточный паразит - передается от животных человеку предположительно через их мясо. У многих из выживших детей с врожденным токсоплазмозом, имеются множественные пороки развития и умственная отсталость.

**Листерия** — бактериальная инфекция. Листерии, возбудители пищевой инфекции, обладающие способностью проходить плацентарный барьер, поражают преимущественно нервные ткани плода. Это может приводить к его гибели или к септицемии и менингоэнцефалиту, оставляя грубые органические поражения ЦНС. После рождения в связи с этим возникает тяжелая ИН. Редко описываются случаи врожденного туберкулеза.

2. **Эндокринные заболевания и метаболические дефекты**. Диабет матери может быть причиной отставания в умственном развитии ее ребенка. Фенилаланиновая эмбриопатия возникает в том случае, если у матери имеет место **фенилкетонурия**. Высокий риск рождения ИН, связан с **гипоксией плода** у матерей, страдающих в тяжелой форме хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистой недостаточностью, болезнями печени и почек, диабетом, болезнью щитовидной железы. Эти болезни способствуют также недоношенности и осложнениям во время родов. **Несовместимость по Rh-фактору и по факторам крови ABO**. Антитела Rh-несовместимости матери, проникая в кровотоки ребенка, разрушают его эритроциты. **Возникающий в результате эритробластоз приводит к нарушению ЦНС**, что в дальнейшем может проявиться в умственной отсталости, нарушении слуха и других неврологических симптомах.

3. **Перезревание половых клеток**. Это понятие включает комплекс изменений в яйцеклетках и сперматозоидах, происшедших от момента их полного созревания до момента образования зиготы. Эти изменения могут быть связаны, в частности, с увеличением срока между овуляцией и оплодотворением, гормональными расстройствами, не расхождением половых хромосом.

4. **Возраст родителей**. Для появления мутаций имеет значение возраст родителей и семейное предрасположение, что может быть связано с нарушением генетического управления делением клеток. Частота рождений детей с трисомиями 13, 18 или 21 у женщин в возрасте 30-34 лет составляет один

случай на 510, в возрасте 35-39 лет 1 на 185, в возрасте 40-44 лет 1 на 63, а старше 45 лет 1 на 24. **Частота трисомий зависит и от возраста отцов.** Основной причиной возрастного фактора является **старение половых клеток**, увеличение частоты мутаций (из-за снижения устойчивости хромосом к химическим воздействиям, падения активности ферментов, гормональных нарушений и др.).

**Белково-калорийная недостаточность и голодание матери**, а также дефицит поступления в ее организм некоторых витаминов (А, В, Е, фолиевой и пантотеновой кислоты) ставят под угрозу интеллектуальное развитие будущих детей.

**Острые или хронические эмоциональные стрессы в течение беременности** могут оказаться причиной пороков развития, малой массы плода и умственной отсталости.

**Влияние недоношенности** (менее 1500 грамма) **и перекошенности** на психическое развитие ребенка определяется не только недостатком массы тела, но и продолжительностью беременности. Частота неврологических и психических нарушений у таких детей составляет не менее 20%.

**Экзогенные** (внешние) **факторы. Натальный период** (9% случаев ИН) вследствие воздействия вредных факторов. Причиной поражения мозга связывают с **гипоксией**. Недостаток кислорода в процессе родов может быть обусловлен тяжелыми болезнями матери (сердечно-сосудистой недостаточностью, заболеваниями крови и т. д.). **Асфиксия** плода обычно сочетается с родовой травмой, чему способствуют быстрые или затяжные роды, узкий таз, лицевое или ягодичное предлежание плода, недоношенность и переносимость плода, несоответствие родовых путей женщины и размеров плода.

Влияние вредных факторов в **постнатальный период**, особенно в первый год жизни ребенка и в последующие два года, являются наиболее частой причиной поражения ЦНС и умственной отсталости.

**Постнатальные - инфекции:** энцефалит, абсцесс мозга;

**Интоксикации:** желтуха, токсикоз беременных, отравление свинцом

**Травмы: постнатальные** черепно-мозговые травмы или гипоксия; механическая травма или гипоксия (асфиксия) при родах); **Тяжелые истощения (токсическая дизентерия)**, вследствие заболевания, могут оказаться причиной отставания в развитии особенно у недоношенных или детей, перенесших тяжелую родовую травму; **Состояния клинической смерти;**

**Социальные и культурные факторы.** *Личный опыт, среда и особенно семейное окружение* оказывают серьезное влияние на развитие интеллекта и личности ребенка. Условия, в которых ребенок воспитывается в раннем возрасте, во многом определяют его дальнейшую жизнь. Для оптимального психомоторного развития формирование навыков должно происходить в чувствительные (критические) периоды жизни. Обнаружено, что *для освоения цвета, формы, звука и материала предметов* наиболее подходящее время - **от 2,5 до 6 лет.**

*Слишком раннее форсированное обучение навыкам чтения и счета, до того момента, когда ребенок способен их воспринять и получить удовлетворение от своих достижений, в дальнейшем может привести к нарушению способности обучаться* или даже к ограничению интеллектуальных возможностей. Благоприятная атмосфера в семье - непереносимое условие развития когнитивных функций ребенка и формирования его эмоциональной сферы.

Препятствием развития ребенка могут стать **условия депривации** (сенсорной, когнитивной, социальной, эмоциональной), в которых он не сможет приобрести социальный опыт или этот опыт окажется недостаточным. Наиболее распространенными факторами депривации являются следующие:

1) **недостаточность и непоследовательность материнской заботы** с элементами пренебрежения; 2) **искаженное воспитание** психически больными или отсталыми родителями; 3) **дезорганизация семейной жизни** в связи с отсутствием отца или матери или их антисоциальное поведение; 4) **социальная изоляция семьи;** 5) **неблагоприятные материально-бытовые условия**, невозможность владения личными вещами - игрушками, одеждой, постелью и т. д. У ребенка, воспитывающегося в условиях депривации, ограничены возможности для обучения, что влечет за собой отставание формирования речи, моторных, познавательных функций и способности общения. Все это негативно отражается на решении жизненных задач ребенком и ухудшает обучаемость. **Образование родителей**, культурный уровень и здоровый образ жизни, являются основой здорового психического развития детей, на протяжении всех периодов, от зачатия ребенка до его взросления (Панасюк А. К. и Панасюк А. Ю., 1971).

Маловероятно, что все случаи интеллектуальной недостаточности по причинам возникновения можно разбить на эти три группы (пренатальные, натальные и постнатальные), во многих случаях мы чаще всего имеем дело с одновременным влиянием генетических, средовых и социокультурных факторов.

Таблица 2.42. Примеры основных заболеваний в перинатальный, натальный и постнатальный периоды, оказывающие влияние на интеллектуальное развитие ребенка		
Категория	Тип	Примеры
<b>ПЕРИНАТ АЛЬНЫЕ</b> (до рождения)	Хромосомные заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Дауна*</li> <li>• Синдром ломкой X- хромосомы</li> <li>• Синдром Прадера-Вилли</li> <li>• Синдром Клайнфелтера</li> </ul>
	Моногенные болезни	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Врожденные нарушения метаболизма, как галактоземия*</li> <li>• Фенилкетонурия*</li> <li>• Мукополисахаридоз</li> <li>• Гипотиреоз*</li> <li>• Болезнь Тея-Сакса</li> <li>• Нейро-дерматологические синдромы, такие как туберозный склероз и нейрофиброматоз</li> <li>• Пороки формирования мозга, такие как генетическая микроцефалия, гидроцефалия и миело-менингоцеле*</li> <li>• Другие дисморфологические синдромы, такие как синдром Лоренса-Муна-БардеБидля</li> </ul>
	Другие состояния генетической природы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Рубинштейна-Тейби</li> <li>• Синдром Корнелия де Ланге</li> </ul>
	Неблагоприятное воздействие окружающей среды	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дефициты*, такие как дефицит йода и фолиевой кислоты</li> <li>• Тяжелое нарушение питания в период беременности*</li> <li>• Употребление психоактивных веществ*, таких как алкоголь (алкогольный синдром плода), никотин и кокаин в период беременности</li> <li>• Воздействие других токсических веществ*, таких как атмосферные загрязнения, тяжелые металлы, средства вызывающие аборт, и токсических медикаментов, таких как талидомид, фенидон и варфарин на ранних этапах беременности</li> <li>• Инфекции матери, такие как краснуха*, сифилис*, токсоплазмоз, цитомегаловирус и ВИЧ</li> <li>• Другие, такие как повышенные дозы радиации* и резус-несовместимость*</li> </ul>
<b>ПЕРИНАТ АЛЬНЫЕ</b> (непосредственно перед родами, в период родов и после них)	Третий триместр (поздняя беременность)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осложнения беременности*</li> <li>• Болезни* матери, такие как сердечнососудистые, болезни почек, диабет</li> <li>• Нарушения плацентарной функции</li> </ul>
	Роды (в момент рождения)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжелая недоношенность, очень низкий вес при рождении, родовая асфиксия</li> <li>• Тяжелые или осложненные роды*</li> <li>• Родовая травма*</li> </ul>
	Неонатальный период (первые четыре недели жизни)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Септицемия, тяжелая желтуха*, гипогликеми</li> </ul>
<b>ПОСТНАТ АЛЬНЫЕ</b> (в младенчестве и детстве)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекционные поражения мозга, такие как туберкулез, японский энцефалит и бактериальный менингит</li> <li>• Травмы головы*</li> <li>• Хроническое отравление свинцом*</li> <li>• Тяжелое и длительное нарушение питания*</li> <li>• Недостаточная стимуляция в тяжелой форме*</li> </ul>

\*Определенно или потенциально предотвратимы

Коэффициент интеллектуальности (IQ) – это коэффициент, который получают путем использования одного из нескольких тестов. Существует много разновидностей тестов для определения IQ, с помощью которых пытаются измерить общие или специфические способности: чтение, словарный запас, арифметические навыки, память, общие знания,

визуальное, вербальное и абстрактное мышление и т.п. К широко известным тестам на IQ относятся: Векслеровская шкала интеллекта для детей, наборы тестов для детей Стенфорда-Бине и Кауфмана, и прогрессивные матрицы Равена. Традиционно, IQ получали путем деления ментального возраста испытуемого (возрастная группа, которая в среднем дает такой же результат в случайной выборке популяции) на хронологический возраст, умноженный на сто. Однако такой метод имеет недостатки (например, его нельзя применить к взрослым). В настоящее время результаты теста стандартизированы на репрезентативной выборке популяции; коэффициент IQ для детей относится к детям того же возраста. Средний результат определен в 100 баллов, а одно стандартное отклонение составляет 15 баллов, следовательно, у 95% населения получены результаты, укладывающиеся в два стандартных отклонения от среднего (от 70 до 130). Несмотря на то, что IQ может с возрастом до некоторой степени меняться, он является на удивление жесткой конструкцией и сильным прогностическим фактором, с большой вероятностью предсказывающим достижения. IQ обладает мощной генетической составляющей, но вместе с тем огромное влияние оказывают также факторы окружающей среды. Тесты на IQ отличаются от тестов достижений. Последние пытаются оценить навыки и знания (например, речь, арифметические способности), обычно полученные в школе. Тесты на IQ измеряют скорее способности, а не фактические достижения (см. Главу С.3). Если в прошлом акцент делали на так называемом «общем интеллекте», то современные теории рассматривают интеллект как более сложный набор способностей в разных областях (музыкальные, механические, физические, социальные), которые могут существенно отличаться у одной и той же личности.

**Признаки и подтипы.** Главными признаками ИН являются задержка интеллектуального развития и дефицит социально-адаптивного функционирования. В зависимости от степени задержки развития интеллектуального функционирования, дефицита социально-адаптивного поведения и IQ, в психиатрических классификациях выделяют четыре степени тяжести: **Лёгкая интеллектуальная недостаточность (ИН):** При лёгкой ИН нарушено формирование сложных понятий и обобщений, абстрактное мышление, когнитивная гибкость, кратковременная память и функциональное использование таких академических навыков, как, например, чтение или управление своими денежными средствами. Мышление преимущественно конкретно-описательное, достаточно развита обиходная речь. Лица с легкой степенью УО способны к усвоению специальных программ вспомогательной школы, основанных на конкретно-наглядном обучении, которое проводится в более медленном темпе, а также способностью к овладению несложными трудовыми и профессиональными навыками.

Благодаря относительно более высокому, чем при других степенях умственной отсталости, темпу психического развития у индивидов с лёгкой ИН во многих случаях возможна удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни. Что касается социальной сферы, по сравнению со своими ровесниками такой человек кажется незрелым в социальных взаимодействиях, что увеличивает риск подвергнуться манипуляции со стороны других людей. На практике такой человек нуждается в помощи при выполнении сложных повседневных задач. Многие дети с легкой ИН заканчивают специализированные школы и профессиональные училища, продуктивно работают, заводят семьи, самостоятельно ведут хозяйство. По сравнению с другими степенями ИН черты личности и характера, этих лиц, отличаются большей дифференцированностью и индивидуальностью. Однако эти люди с трудом формируют собственные суждения, но легко перенимают чужие взгляды, иногда попадая под нездоровое влияние окружающих (например, могут вовлекаться в бредовые переживания психически больных с формированием индуцированного бреда, или становиться орудием в

руках злоумышленников, манипулирующих ими для получения собственной выгоды). Коэффициент умственного развития (IQ) этих пациентов находится в пределах 50-69.

**Таблица 2.43. Достижения в зрелом возрасте в зависимости от степени интеллектуальной недостаточности (ИН)**

Степень	Диапазон IQ	Степени выраженности ИН	Взрослые достижения
<b>Легкая</b> интеллектуальная недостаточность (ИН) составляет ~ 80% от всех случаев.  Умственный возраст 10-12 лет	50–69	Психическое и физическое развитие с задержкой, медленнее, чем у нормальных детей. <b>Не способны</b> к анализу и синтезу, оперировать абстрактными понятиями. <b>Способны</b> к общению и овладению базовыми навыками. Могут: - приобретать навыки чтения и простого арифметического счета <u>на уровне третьего – шестого классов</u> ; - выполнять работу по дому, неквалифицированную, и полуквалифицированную работу и ухаживать за собой. Нуждаются в некоторой поддержке.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грамотность +</li> <li>• Навыки самообслуживания ++</li> <li>• Понятная речь ++</li> <li>• Полуквалифицированная работа +</li> </ul>
Умеренная ИН составляет ~12% от всех случаев Умственный возраст 6-9 лет	35–49	Такие индивиды медленно проходят стадии интеллектуального развития; У них нарушены способности к обучению и логическому мышлению. Способны: к коммуникации и при некоторой помощи. Могут ухаживать за собой, выполнять неквалифицированную работу наблюдением, под наблюдением или без.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грамотность +/-</li> <li>• Навыки самообслуживания +</li> <li>• Бытовая речь +</li> <li>• Неквалифицированная работа под наблюдением или без наблюдения +</li> <li>3-я степень инвалидности</li> </ul>
Тяжелая ИН составляет ~ 3-4% от всех случаев. Умственный возраст 3-6 лет	20–34	Явная задержка в ранние годы. Испытывают трудности в произношении слов, имеют очень ограниченный словарный запас. С помощью интенсивных тренировок, могут приобретать основные навыки самообслуживания. Нуждаются в постоянной поддержке в школе, дома и в обществе.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Навыки самообслуживания с посторонней помощью +</li> <li>• Минимальная речь +</li> <li>• Выполняемая с помощью домашняя работа +</li> <li>2-я степень инвалидности</li> </ul>
Глубокая ИН ~1–2% от всех случаев. Умственный возраст ниже 3 лет	Ниже 20	<b>Не способны</b> самостоятельно заботиться о себе, не развита речь. Способности выражать эмоции ограничены (Adams & Oliver, 2011). Очень часто судорожные припадки, <b>инвалидность</b> вследствие соматических нарушений и <b>низкая продолжительность жизни</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Речь +/-</li> <li>• Навыки самообслуживания +/-</li> <li>1-я степень инвалидности</li> </ul>
Примечание: +/- иногда достижимо; + достижимо; ++ определено достижимо			
Источник: <a href="https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Int-Dis-Russian-UKR.pdf">https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Int-Dis-Russian-UKR.pdf</a>			

**2. Умеренная интеллектуальная недостаточность (ИН):** Человек с умеренной умственной отсталостью нуждается в постоянной и непрерывной ежедневной помощи для выполнения повседневных задач, кроме того, в случае необходимости другие люди должны взять на себя некоторые обязанности такого человека (например, подписать осознанное согласие на лечение). Они способны овладевать навыками самообслуживания, могут быть приучены к простейшему труду путем тренировки подражательных действий, образовывать большее число и более сложные представления, чем лица с тяжелой интеллектуальной недостаточности. Их словарный запас богаче (более тяжелых форм ИН), они в состоянии изъясняться простыми фразами, поддерживать простую беседу. Что касается социальной сферы, устная речь (являющаяся основным инструментом социального общения) таких людей гораздо более простая по сравнению с людьми без интеллектуальной недостаточности. Они могут неправильно интерпретировать определённые социальные сигналы и нуждаются в коммуникативной поддержке для установления успешных межличностных отношений. На практике такой человек может развить различные навыки и способности с дополнительной



помощью и в результате длительного обучения. Относительная адаптация у лиц с умеренной ИН возможна лишь в хорошо знакомых им условиях, любое изменение ситуации может поставить их в затруднительное положение из-за невозможности перехода от конкретных, полученных при непосредственном опыте, представлений к обобщениям, позволяющим переносить имеющийся опыт в новые ситуации. Они не могут жить самостоятельно, нуждаются в постоянном руководстве и контроле. Некоторые из них могут выполнять простейшую работу в специально созданных условиях (например, в лечебно-трудовых мастерских). Коэффициент умственного развития (IQ) этих лиц находится в пределах 35-49.

**3. Тяжёлая интеллектуальная недостаточность (ИН):** При тяжёлой интеллектуальной недостаточности (ИН) концептуальные навыки более ограничены. Человек плохо понимает речь и язык, а также понятие чисел, например, времени или денег. Познавательная деятельность ограничена возможностью формировать только простейшие представления, абстрактное мышление, обобщения больным недоступны. Они овладевают лишь элементарными навыками самообслуживания, их обучение невозможно. Словарный запас ограничен одним-двумя десятками слов, достаточных для сообщения о своих основных потребностях, выражены дефекты артикуляции. Часто присутствуют неврологические расстройства, нарушения походки. Опекуны должны оказывать всестороннюю поддержку повседневной деятельности. Поскольку устный язык очень ограничен как в лексике, так и в грамматике, речь состоит только из отдельных слов или простых фраз, которые можно улучшить с помощью альтернативных средств. Всё общение и социальная сфера концентрируются на «здесь и сейчас». В повседневной жизни такой человек нуждается в постоянном уходе и наблюдении (приготовление пищи, личная гигиена, выбор одежды и т.д.). Они нуждаются в постоянном контроле и обслуживании. Коэффициент умственного развития (IQ) этих лиц находится в пределах 20-34.

#### **4. Глубокая интеллектуальная недостаточность (ИН):**

В случае глубокой интеллектуальной недостаточности (ИН) концептуальные навыки затрагивают физические и несимволические процессы. Человек может использовать какие-то предметы, а также приобретать некоторые визуально-пространственные навыки, например, указание на что-то. Тем не менее, сопутствующие моторные и сенсорные проблемы могут препятствовать функциональному использованию предметов. При глубокой ИН значительно ограничены познавательные способности: индивиды практически не способны понимать обращенную к ним речь, не узнают людей, ухаживающих за ними (например, мать), не отличают съедобного от несъедобного (могут поедать несъедобные предметы), не имеют представлений о пространственных отношениях (например, о высоте: могут падать с большой высоты), редко формируют представления о горячем, остром и пр. (могут получать повреждения, ожоги). Большинство из них не в состоянии освоить даже простейшие навыки самообслуживания (сходить в туалет, одеться, умыться, пользоваться столовыми приборами и пр.).

Речь или совсем не сформирована (такие больные издают лишь нечленораздельные звуки) или состоит из нескольких простейших слов. Значительно недоразвиты моторные функции, в связи с чем многие из них не могут самостоятельно стоять и ходить, передвигаются ползком. Поведение в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью, в других – склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачивание туловищем, взмахи руками, хлопанье в ладоши), а у некоторых из них, с периодическими проявлениями агрессии и аутоагрессии (могут внезапно ударить, укусить окружающих, царапать себя, наносят себе удары и т.п.).

В большинстве случаев имеют место грубые неврологические нарушения и тяжелые соматические аномалии. Социальные навыки также очень ограничены с точки зрения понимания как речи, так и жестов. Тем не менее человек может понимать простые инструкции и выражать базовые желания или эмоции с помощью простой невербальной коммуникации. Жизнь таких людей, нуждающихся в постоянном уходе и надзоре окружающих, определяется удовлетворением простейших жизненных потребностей. На практике такие люди являются полностью зависимыми, однако при отсутствии серьезных моторных или сенсорных нарушений могут выполнять некоторые базовые действия. Коэффициента умственного развития (IQ), (стандартизированная методика Д. Векслера для измерения интеллекта) у лиц с глубокой интеллектуальной недостаточности (ИН) ниже 20.

#### **Клинические симптомы.**

**Речь.** У детей с ИН отмечается снижение темпа языкового развития, они испытывают трудности с речью и выражением собственных мыслей. Степень тяжести нарушения варьирует в зависимости от глубины интеллектуальной недостаточности. Дети с легкой степенью ИН могут приобретать речевые навыки, которые несколько беднее, чем у детей с нормальным развитием. В случае тяжелой или глубокой степени дети совершенно не способны к коммуникациям или могут произносить только отдельные слова.

**Восприятие.** Дети с ИН имеют замедленные реакции на стимулы внешней среды. Они испытывают затруднения с дифференциацией небольших отличий по форме, размеру и цвету.

**Познание.** Способности анализировать, делать выводы, понимать и рассчитывать, а также абстрактное мышление часто нарушены в большей или меньшей степени, в зависимости от тяжести ИН. Дети с легкой ИН способны приобретать навыки чтения и арифметических расчетов, соответствующие уровню обычных детей в возрасте от 9 до 12 лет (Daily et al, 2000). Дети с тяжелой и глубокой ИН не способны читать, считать или даже понимать, что говорят другие.

**Концентрация и память.** Способность к концентрации снижена и сужена. В целом и целом, память ослаблена, и такие дети очень медленно запоминают новую информацию, хотя могут быть и исключения (например, саванты). Они испытывают затруднения при воспроизведении событий, а их воспоминания часто неточны.

**Эмоции** часто наивные и незрелые. С возрастом могут совершенствоваться. Способность к самоконтролю ослаблена, и нередко может иметь место агрессивное и импульсивное поведение. Некоторые боязливы, замкнуты и застенчивы.

**Двигательная активность и поведение.** У детей с ИН часто нарушена координация движений, они могут быть неуклюжими и демонстрировать излишние движения. При тяжелой ИН у детей часто наблюдаются бессмысленные и стереотипные движения (они, например, могут раскачиваться, биться головой, кусаться, выкрикивать, рвать на себе одежду, вырывать волосы, играть с гениталиями). Может также отмечаться деструктивное, агрессивное или насильственное поведение. При умеренной и глубокой ИН могут иметь место самоповреждения – такие дети могут избивать себя, кусать.

#### **Проблемы со здоровьем, ассоциированные с интеллектуальной недостаточностью.**

По сравнению с нормальными детьми, дети с ИН подвержены более высокому риску возникновения других проблем со здоровьем. К наиболее распространенным заболеваниям относятся: эпилепсия (22%), церебральный паралич (20%), тревожные расстройства (17%), вызывающее оппозиционное расстройство (12%), и аутизм (10%) (Oeseburg et al, 2011).

**Эпилепсия.** • От 1% до 13% детей с синдромом Дауна страдают эпилепсией (Arya et al, 2011). • Эпилепсия, часто протекает в тяжелой форме и трудно поддается лечению, наблюдается у 85% пациентов с синдромом Ангельмана в первые три года жизни (Fiumara et al,

2010). • У пациентов с ломкой X- хромосомой высокая предрасположенность к развитию эпилепсии (Qiu et al, 2008).

#### **Проблемы с поведением.**

Часто встречаются такие симптомы как беспокойство (ребенок постоянно в движении, не может усидеть на одном месте), плохая концентрация, импульсивность, вспышки гнева, раздражительность и плаксивость. Могут наблюдаться также другие варианты беспокойного поведения, такие как агрессия, самоповреждения (например, удары головой) и повторяющиеся стереотипные раскачивания (см. раздел посвященный проблемному поведению). Если такое поведение постоянно и принимает тяжелые формы, то оно может стать для семьи источником серьезного стресса. Таким образом, при оказании помощи и назначении лечения необходимо уделить внимание ослаблению такого поведения.

**Сенсорные нарушения.** Проблемы со слухом и зрением представлены примерно у 5-10% лиц, страдающих ИН. Иногда эти проблемы решаются использованием слухового аппарата или очков, или путем хирургического вмешательства, в случае катаракты.

ИН может сочетаться с другими нарушениями развития, такими как церебральный паралич, проблемы с речью и аутизм. Эти категории людей особенно нуждаются в постоянной помощи и поддержке, в постоянных образовательных, медицинских и социальных услугах.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Расскажите о роли профессора медицины Б. Ф. Платтера, психиатра Филлип Пинеля, Жан-Этьен-Доминик Эскироля в классификации олигофрении.
2. Что представляет собой термин «олигофрения»?
3. Расскажите о исследовании олигофрении в начале 19 века.
4. Что представляет собой первое направление - анатомо-физиологическое, в понимании характера и сущности слабоумия?
5. Какую роль сыграл немецкий психиатр Эмиль Крепелин в понятии и классификации олигофрении?
6. Что представляет собой, второе направление - психолого-педагогическое в изучении олигофрении?
7. Назовите представителей психолого-педагогического направления.
8. Какую роль сыграли Альфред Бине и Теодор Симон в изучении умственной отсталости?
9. Расскажите о классификации задержек психического и умственного развития разработанные Альфредом Бине и Теодором Симон.
10. Расскажите о динамическом подходе к сущности умственной отсталости, Л. С. Выготского.
11. Расскажите о разработанных этиологических классификаций умственной отсталости исследователей А. Tredgold, G. Jervis, L. Pen-rose, C. Kohler, H. Bickel.
12. Охарактеризуйте классификацию клинических форм олигофрении, по этиологических и патогенетических особенностей заболевания, предложенные Марией Семеновной Певзнер.
13. Что представляет собой неосложненная форма олигофрении, по автору Певзнер?
14. Чем отличаются олигофрения, осложненная нейродинамическими расстройствами и олигофрения, осложненная психопатоподобными формами поведения?
15. Дайте характеристику олигофрении, осложненная тяжелыми нарушениями функций лобных долей мозга.

16. Что представляет собой олигофрения, осложненная нарушениями в системе отдельных анализаторов?
17. Что означает понятие «тотальность» в состоянии недоразвития и иерархичность нервно-психического недоразвития?
18. Какую роль сыграла советский психиатр Груня Ефимовна Сухарева в изучении форм умственной отсталости?
19. Расскажите о клинико-патогенетической классификации олигофрении, предложенная автором Г.Е. Сухаревой.
20. Чем отличаются неосложненные и осложненные формы олигофрении?
21. Какие расстройства включает в себе осложненная форма олигофрении?
22. Что означает атипичные формы олигофрении?
23. Дайте характеристику классификации олигофрении по критериям времени поражения и особенностей патогенного воздействия.
24. Расскажите о классификации олигофрении по В.В. Ковалеву.
25. Чем отличается классификация олигофрении Г.Е. Сухаревой от классификации олигофрении по В.В. Ковалеву?
26. Какую роль сыграли авторы С. С. Мнухин и Д. Н. Исаев в классификации олигофрении?
27. Чем отличается стеническая форма от астенической формы общего психического недоразвития?
28. Назовите характерные особенностями больных с дисфорической и атонической формой олигофрении общего психического недоразвития.
29. Олигофрения и умственная отсталость – это одно и то же?
30. Дайте характеристику определения умственной отсталости.
31. Какие формы включает понятие умственной отсталости?
32. Чем отличается олигофрения от деменции?
33. Почему понятие умственной отсталости было заменено на понятие интеллектуальная недостаточность?
34. Что осталось общим между понятиями олигофрения, умственная отсталость и интеллектуальная недостаточность?
35. Сравните степени тяжести умственной отсталости со степени тяжести интеллектуального недоразвития.
36. Какие степени тяжести олигофрении соответствуют степени тяжести интеллектуального недоразвития?
37. Назовите главные изменения представленные в DSM-5.
38. Назовите критерии А и Б в многомерном подходе при постановке диагноза интеллектуальная недостаточность.
39. Какие традиционные степени тяжести сохранены в DSM-5?
40. Где включена интеллектуальная недостаточность (Disability), в пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) и как определяется эти расстройства?
41. Назовите эндогенные и экзогенные факторы причин интеллектуальной недостаточности (ИН).
42. Какие причины интеллектуальной недостаточности вызваны эндогенными факторами?
43. Назовите экзогенные факторы причин ИН в натальном и постнатальном периоде.
44. Какое влияние оказывают социальные и культурные факторы на развитие ИН?
45. Что обозначает коэффициент интеллектуальности (IQ) и для чего он используется?

46. Чем отличается лёгкая интеллектуальная недостаточность (ИН) от умеренная интеллектуальная недостаточность (ИН)?
47. Какие дети с ИН обучаемы? Расскажите клинические симптомы ИН.
48. Каким детям с ИН необходима постоянная поддержка и опека?
49. Назовите проблемы со здоровьем, ассоциированные с интеллектуальной недостаточностью.

### Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните нижеследующую таблицу:

Международная классификация болезней: степени тяжести интеллектуальной недостаточности (ИН)					
Код МКБ	ИН:	Степень умственной отсталости (УО):		Коэффициент интеллекта	Умственный возраст
	МКБ - 11	МКБ - 10	МКБ- 9		
F70				50—69	9—12 лет
F71				35—49	6—9 лет
F72				20—34	3—6 лет
F73				до 20	до 3 лет
F-78					
F79					

2. Заполните нижеследующую таблицу:

DSM-4	DSM-5: главные изменения, касающиеся диагностики интеллектуальной недостаточности (ИН)		
	Изменение	Значимость	Обоснование

3. Составьте нижеследующую таблицу:

Примеры основных заболеваний в перинатальный, натальный и постнатальный периоды, оказывающие влияние на интеллектуальное развитие ребенка		
Категория	Тип	Примеры
<b>ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ</b> (до рождения)	Хромосомные заболевания	
	Моногенные болезни	
	Другие состояния генетической природы	
	Неблагоприятное воздействие окружающей среды	
<b>ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ</b> (непосредственно перед родами, в период родов и после них)	Третий триместр (поздняя беременность)	
	Роды (в момент рождения)	
	Неонатальный период (первые четыре недели жизни)	
<b>ПОСТНАТАЛЬНЫЕ</b> (в младенчестве и детстве)		

### Литература:

1. Забрамная, С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей: пособие для психол.- мед. - пед. комис. / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. - М.: ВЛАДОС, 2008. - 115 с. - ISBN 978-5-69100913-6.
2. Баранова Т.Ф. Специальная индивидуальная программа развития для детей с нарушением интеллекта. Методическое пособие Издательство: Творческий Центр СФЕРА, 2019 г. С.64. ISBN: 978-5-9949-1885-2
3. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. -М.: Академия, 2003. - 144с. - ISBN 5-7695-1033-1.
4. Руденко А.М. Педагогика. Издательство: Феникс, 2020 г. С. 160 ISBN: 978-5-222-33293-1.
5. Фадина, Г.В. Специальная дошкольная педагогика: учебно - метод, пособие для студентов педагогических факультетов. - Балашов: Николаев, 2004. - 80 с. - ISBN 5-94035-162-X.



## 2.7. ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ.

Содержание:

1. Основные синдромы, ассоциированные с интеллектуальной недостаточностью.
2. Интеллектуальная недостаточность, вызванная наследственными дефектами метаболизма.
3. Интеллектуальная недостаточность, вызванная действием вредностей во время внутриутробного развития (эмбриопатии и фетопатии).
4. Инфекции, передающиеся половым путем» (ИППП) от матери ребёнку.
  - 4.1. Интеллектуальная недостаточность, вызванная паразитарными инфекциями ИППП
  - 4.2. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная бактериальными инфекциями (ИППП).
  - 4.3. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная вирусными инфекциями (ИППП)
5. Состояния умственного недоразвития, вызванные действием вредностей во время родов или в первые месяцы и годы жизни.
6. Теоретическое и практическое значение правильного определения понятия «интеллектуальная недостаточность».

**1. Основные синдромы, ассоциированные с интеллектуальной недостаточностью.** Наиболее распространённые состояния, ассоциированные с интеллектуальной недостаточностью, являются следующие синдромы: Синдром Дауна, Синдром ломкой X-хромосомы (известный также как синдром Мартина Белла, синдром Эскаланте, FXS), Синдром Ангельмана, Синдром Прадера-Вилли, Синдром (болезнь) кошачьего крика или синдром Лежёна, также известный, как 5p синдром и др.

Таблица 2.44. Синдромы, ассоциированные с интеллектуальной недостаточностью (ИН)

<b>Синдром ДАУНА - Трисомия 21</b>	
	<p><b>Синдром Дауна</b> [Down syndrome], обусловлен трисомией по 21 хромосоме. Заболевание впервые было описано Down (1828-1896). Наиболее важным фактором риска данной хромосомной аберрации признается возраст матери (больше 35 лет). Аномалия аутосомной хромосомы, <u>проявляющаяся интеллектуальной недостаточности и характерными физическими признаками.</u></p>
<p><u>Степень интеллектуальной недостаточности</u> (ИН) при синдроме Дауна может быть различной, чаще это <u>умеренная и тяжелые степени</u>. Коэффициент интеллекта (IQ) в стандартных тестах редко превышает 70. Физические признаки включают характерные черты лица, наличие только одной складки на ладонях, увеличенный и испещренный бороздами язык, гипотонию, отставание в росте, а также врожденные пороки сердца и желудочно-кишечного тракта.</p> <p><i>Дети обычно небольшого роста</i>; при рождении часто имеют низкую массу тела (до 2500 г).</p> <p><b>Симптомы синдрома Дауна:</b> низкий рост; - брахоцефалия (слишком укороченный череп), окружность</p>	

головы уменьшена, плоский затылок; - увеличенные глаза, **монголоидный разрез глаз** (первое название синдрома «монголизм»), развитый эпикантус (складка кожи около угла глаза, часто косоглазие, нередко катаракты, изредка наблюдается пятнистая окраска центральной части радужки; широкое плоское лицо, короткий нос, плоская широкая переносица; аномалии ушных раковин, маленькое и арковидное небо, аномалии зубов, большой складчатый язык (макрогlossия); - рот всегда полуоткрыт; - короткие широкие кисти; - пальцы короткие, недоразвитие средних пальцев рук, складки на ладонях; - клинодактилия; - искривлённая форма мизинца; - множество петель на кончиках пальцев; - поперечная ладонная складка (борозда); - широко отставленный большой палец; - одностороннее или двухстороннее отсутствие ребра; - стеноз кишечника; - пупочная грыжа; - мегаколон; - диспластичный таз; - врожденный порок сердца; - патология строения сердечно-сосудистой системы; - эндокринные нарушения (гипофункция щитовидной железы, гипофиза, надпочечников, половых желез): - повышенная восприимчивость к инфекциям. - мышечная гипотония, пожизненный мышечный тонус. У детей при синдроме Дауна отмечается **позднее появление и выраженное недоразвитие речи** (недостаточное понимание речи, бедный словарный запас, дизартрия), **неспособность к обучению даже по программе вспомогательной школы и нуждаются в дополнительных индивидуальных образовательных коррекционных услуг.** **Эмоциональная сфера** остается достаточно сохранной: большей частью они ласковы, послушны, привязаны к родителям, приветливы, добродушны («солнечные дети»), хотя бывают упрямы. Многие из них любопытны и обладают хорошей подражательной способностью, что способствует развитию навыков самообслуживания и несложных трудовых процессов. Редко встречаются безразличные и злобные больные. Как правило, эти дети лучше развиваются в родительских семьях, чувствуя заботу близких, но, даже в этом случае, они не достигают удовлетворительного уровня социальной адаптации и нуждаются в индивидуальном обучении и в постоянной опеке. Особенностью возрастной динамики болезни Дауна является позднее половое созревание и раннее появление признаков инволюции (в 30-40 лет). При синдроме Дауна отмечается высокая частота раннего развития (после 35 лет) атрофических изменений коры головного мозга и накопления амилоида в виде сенильных бляшек, т.е. морфологические изменения сходные с болезнью Альцгеймера. При этом, они быстро утрачивают обыденные навыки, словарный запас, становятся бездельными, безразличными, появляются неврологические расстройства. Продолжительность жизни больных значительно снижена, не более 10% живут более 40 лет.



**Синдром Мартина-Белла**

**Синдром ломкой X-хромосомы** (известный также как **синдром Мартина Белла, синдром Эскаланте, FXS**) - относится к группе X-связанных хромосомных заболеваний и представляет собой наиболее распространенную наследуемую форму интеллектуальной недостаточности. Он также ассоциируется с аутизмом. Мартин и Белл впервые описали этот синдром в 1943 году, а Герберт Лубс (Herbert Lubs) в 1969 году выявил вторичную перетяжку на длинном плече X-хромосомы. Распространенность (1:2000-5000) **синдрома Мартина-Белл** достигает 0,03-0,1% у мужчин и 0,02-0,06% у женщин, что сопоставимо с синдромом Дауна (0,6-0,8%)

и является таким образом второй по распространенности причиной умственной отсталости врожденного характера. Заболеваемость встречается среди мужчин на 30% чаще, чем среди женщин (Hessl et al, 2002; Ridaura-Ruiz et al, 2009). Синдром ломкой X-хромосомы, это X-связанное доминантное расстройство с переменной экспрессивностью и возможно редуцированной пенетрантностью, которое передается преимущественно женщинами, но поражает чаще мужчин, поскольку они в норме имеют только одну копию X-хромосомы. Дефект гена FMRP во время эмбриогенеза плода кодирует синтез одноименного белка, который регулирует развитие центральной нервной системы и отвечает за структуру миелиновых оболочек головного мозга. Синдром ломкой X-хромосомы (синдром Мартина-Белл, синдром Эскаланте,) — это генетическая (наследственная) патология, выражающаяся в недостаточном развитии нервной системы, с прогрессирующей системной умственной отсталостью. В мире до сих пор не существует эффективных методов лечения.

**Признаки синдрома Мартина-Белл:** Первичными признаками, является большая масса у новорожденных мальчиков (4-5 килограммов) и увеличенные яички при отсутствии эндокринных нарушений. **Физический фенотип:** - узкое лицо; - высокий и широкий выпуклый лоб; - массивный

подбородок; - увеличенные и оттопыренные ушные раковины); - длинная сторона (вертикальный верхнечелюстной избыток); - высокие арочные неба (по отношению к указанной выше); - hyperextensible суставы пальцев; - повышенная гибкость больших пальцев; - макроорхидизм у мальчиков по достижению половой зрелости; - hyperextensible («двойной сочлененные») пальцы; - плоскостопие; - мягкая кожа; - postpubescent macroorchidism (большие яички у мужчин после полового созревания). Снижены рефлексы (гипорефлексия), мышечная гипотония (низкий мышечный тонус), подвижность суставов увеличена, конечности и пальцы аномально широкие. Кожные покровы бледные, часто наблюдается гипопигментация радужки глаз и волос. Дискоординация движений, хныканье, похлопывание руками, гримасы. Речь сбивчивая, непонятная, бормочущая. Гиперпигментация вокруг орбит глаз, гинекомастия. Синдром Мартина-Белл протекает с рядом сопутствующих заболеваний. Преимущественно это отит, пролапс митрального клапана, ожирение, сколиоз, эндокринные патологии. Один из признаков синдрома Мартина-Белл — аутизм у детей. ИН характеризуется прогрессирующим течением. В подростковом возрасте гораздо менее выражена, чем во взрослом. **Интеллектуальной развитии:** Эмоциональные нарушения, тревожность, расстройства настроения, отдельные признаки расстройства дефицита внимания и гиперактивности, симптомы, похожие на обсессивно-компульсивные (например, повторяющиеся действия и фразы), агрессивное и аутоагрессивное поведение, а также проблемный темперамент. Ведущим симптомом синдрома Мартина-Белл является нарушение понимания и вербализации речи, повышенная агрессивность, расторможенность, средняя или глубокая интеллектуальная недоразвитость (IQ=35-40 у мужчин; IQ=45-50-69, у женщин). Присутствует олигофреноподобное агрессивное или шизофреноподобное поведение. В учебном процессе сталкиваются с большими трудностями в разговорной речи, обучении математике, языку и в усвоении остальных предметов. **Отличаются кратковременной памятью, зрительной памяти, визуально-пространственными отношений.** **Нуждаются в дополнительных образовательных услугах:** логопеда, психолога с применением методов психоанализа, дефектолога, физиотерапевтических процедур для лечения неврологических симптомов, иглоукальвание, занятия в бассейне, лечение минералами занятия на специальные тренажеры, оснащенные компьютерами, для повышения общей физической адаптации. С помощью таких занятий можно добиться улучшения интеллектуальных способностей и смягчения негативной поведенческой симптоматики.



Синдром Вильямса

**Синдром Вильямса (Уильямса) или синдром «лица эльфа»** является генетическим расстройством. Причиной синдрома Вильямса является делеция (потеря генов) в 7-ой хромосоме. Синдром был впервые описан в 1961 году новозеландцем Джон СР Williams. Распространенность синдром Вильямса 1:7500-20000 человек при рождении. Средняя продолжительность жизни меньше, чем у населения в целом, в основном в связи с увеличением темпов сердечно - сосудистых заболеваний.

**Физический фенотип синдрома Вильямса:** - удлинённое и узкое лицо, низкий, широкий лоб с широким разлетом бровей по средней линии, опущенные вниз полные щёки, нос пуговкой, большой рот с полными губами (особенно нижней), длинные, редкие зубы, крупные губы, плоское переносье, плоский нос с плоским тупым концом, маленький, несколько заострённый подбородок, светлые глаза, синеватого с выраженным рисунком на радужной оболочке и с припухлостями вокруг век; Сходящееся косоглазие. Сходство лиц усиливает улыбка, которая ещё больше подчёркивает отчётность век и своеобразное строение рта. **Признаки и симптомы:** - маленький вес в младенчестве (задержки развития); низкий мышечный тонус; - пороки сердца; - необычные черты лица: - широко разнесенные зубы, дефектная зубной эмаль; - длинный губной желобок и уплощенной переносицей; - желудочно - кишечные проблемы, тяжелая или длительная колика, боли в животе и дивертикулит, - невроподобные нарушения — ночной энурез (недержание мочи), страхи, навязчивые действия; - аномалии в мозжечке, правой теменной и левые лобных областей коры, визуально-пространственные нарушения и поведенческие; - часто имеют гиперакузии и фонофобии, который напоминает шум индуцированной потери слуха, что может быть связано со слуховым нервом; - грубые трудности в движении, проблемы при ходьбе вниз по лестнице, а также гиперактивной двигательных рефлексов



(гиперрефлексия) и гиперактивный, произвольные движения глаз (нистагм); - нарушение сердечно-сосудистой системы; - дефицит в координации и выполнения тонких двигательных задач, таких как рисование и письмо; - психомоторные расстройства; - специфические психические и когнитивные расстройства в виде своеобразного континуума от выраженной умственной отсталости до пограничного с нормальным уровнем интеллекта. 1) нарушения сенсорной интеграции с гиперчувствительностью к звуку и «гравитационной тревожностью»; 2) гиперреактивность с эмоциональной лабильностью, импульсивностью, дефицитом внимания, навязчивой коммуникабельностью; 3) повышенную тревожность и страх новизны; 4) нарушения экспрессивной и импрессивной речи; 5) трудности в обучении, особенно в усвоении математики, наряду с относительной легкостью в овладении чтением; 6) хороший музыкальный слух и чувство ритма; **ИН, лёгкой или умеренной степени, (их IQ равен приблизительно 60)**, Хорошо развита устная речь, богатый словарный запас, хорошие навыки для социального взаимодействия, музыкальные способности и хорошая память. Отличаются исключительной высокой общительностью, приветливостью, доверчивостью и добродушием первым встречным по сравнению с обычными детьми. Экстраверты, легко идут на контакт, активно сочувствуют и помогают другим. Они лучше запоминают имена и лица новых знакомых, хотя их умственные способности значительно ниже, чем у сверстников. Обладают заметным музыкальным талантом, эмоциональны, выразительны и даже поэтичны. Обладают абсолютным слухом, исключительным чувством ритма и прекрасной музыкальной памятью. Могут с завидным упорством, зато слушать музыку, петь или играть на музыкальных инструментах несмотря на то, что не умеют читать ноты. **Не способны:** - фиксировать внимание на многих вещах, усваивать математику. С трудом учиться читать и писать. **Некоторые могут учиться во вспомогательной школе**, где они овладевают чтением и письмом, но им недоступны действия, связанные с организацией даже простейших трудовых операций.

#### Синдром Ангельмана



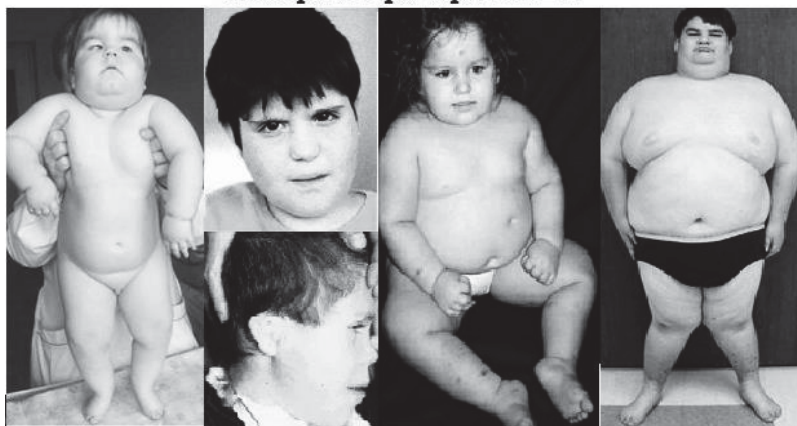
**Синдром Ангельмана** – «счастливой марионетки», «синдром Петрушки». Болезнь именовалась затем синдромом Ангельмана, впервые была описана в 1965 году, английским педиатром Гарри Ангельманом. Это редкое, комплексное генетическое заболевание, вызванное отсутствием некоторых генов в одной из областей 15-й хромосомы, чаще всего из-за делеции этой области.

Распространенность составляет в среднем 1 на 10000-20000 новорожденных (Petersen et al, 1995; Steffenburg et al, 1996). **Синдром Ангельмана** развивается внутриутробно. **Причины:** - вредные привычки беременной; - долгий прием родителями психотропных препаратов; - сильные переживания будущей матери, спровоцированные горем либо чрезмерным стрессом; - воспалительный процесс, поразивший репродуктивную систему беременной; пребывание будущей матери в зоне повышенного радиационного излучения. **Симптомы:** **Группа физических признаков:** - маленький размер головы, с плоскостностью в задней части головы (acrobrachycephaly); - плоские ладони; - заостренный подбородок; - нижняя часть челюсти немного выступает вперед; - трудности со зрением, косоглазие, наличие пятен на радужке; - нарушение пропорциональности тела: маленькая голова по сопоставлению с другими частями тела; Легкая пигментация волос, глаз (гипопигментация) и отдельных участков кожи; - нарушение равновесия; нарушения координации мелкой моторики (с трудом застегивают пуговицы, молнии). В возрасте 12-ти месяцев начинает проявляться очередной сопутствующий признак – малыш обильно открывает рот и немного выставляет язычок. Искривление позвоночника (**сколиоз**), аномальная кривизна спины к боку в сторону; - избыточный вес. **Неврологические признаки:** - расстройства сна; - нарушения речевых функций; - тремор; - повышенная жажда; - усиленные жевательные движения. В возрасте три лет нередко могут быть эпилептики. Тяжесть и интенсивность таких признаков понижается по мере взросления малыша. Необычное поведение, такое как рукоутворность и поднятие рук при ходьбе. Хаотические, жесткие или отрывистые движения (особенно рук). Гиперактивность, быстрое перемещение из одной активности в другую с низкой концентрацией и фокусом; держась за руки или игрушку во рту, Неспособность ходить или хорошо

балансируют (атаксия), держание игрушки во рту, частый смех или улыбки; - восхитительная, счастливая личность; - неконтролируемое мочеиспускание. **Психические признаки:** - минимальные умения говорить; - суровые нарушения речи; - ограниченный словарный запас; трудности воспроизводить отдельные звуки; - интеллектуальная отсталость и аффективное поведение. Данная патология сопровождается задержкой физического и психического, интеллектуального развития, хождением на прямых ногах и хохотом без всяких на то обстоятельств. Снаружи пациенты с таким диагнозом похожи на кукол. Пациентов с таким диагнозом называют еще «кукольными детьми». **Болезнь обнаруживается родителями** когда ребенку 6-12 месяцев - задержки в развитии умственных и нейроглиальных навыков. Часто может быть обнаружена, когда ребенок находится в возрасте от 2 до 3 лет. По статистике, пациенты с таким диагнозом живут на 10-15 лет меньше, чем здоровые люди. Для синдрома Ангельмана характерны задержки неврологического развития, низкий уровень пигментации кожи ног, волос и глаз; крупный рот с удлинёнными, редко расположенными зубами и выдвинутой вперёд челюстью, небольшой размер головы и характерные пятна на радужной оболочке. При данном синдроме, как правило, наблюдается тяжёлая или глубокая умственная отсталость, с серьёзными нарушениями языка и речи, отставанием в психомоторном развитии, нарушениями движения и равновесия, необычные движения конечностей и ходьба на негнущихся ногах. Ещё одной характерной чертой является частый смех и улыбка без повода.

**Образовательные услуги** для интеллектуального развития малышей с синдромом Ангельмана. Поведенческая терапия, занятия с логопедом, психологом и дефектологом. Кинетотерапия, мелотерапия, занимательная трудовая терапия. Для социализации таких пациентов употребляют особенное обучение. Обучению невербальной речи, языку жестов. Занятия должны быть непродолжительными (менее 30 минут), постоянными и ежедневными. Задания выполняются вначале вместе со взрослыми. Развитие мелкой моторики, языку красок, начиная с рисования пальчиковыми красками, цветовой палитрой. Когда ребенок освоит технику рисования пальчиками, можно приступить к усвоению удержания кисти в руке. Занятия проводятся на базе методик визуализации с использованием различных дидактических материалов, карточек, красочных пособий, разборных игрушек. Дети с синдромом Ангельмана нуждаются в неизменном уходе. Повзрослев, они остаются под-детски доверчивыми, наивными и благодушными.

### Синдром Прадера-Вилли



### Синдром Прадера-Вилли

— это редкое наследственное генетическое заболевание, причиной которого является отсутствие отцовской копии участка хромосомы 15q11-13. Оно впервые было описано в 1959 г. Андреа Прадером и Гейнрихом Вилли в 1959 г. Распространенность составляет в среднем 1 случай на 25 000 - 1 000 новорожденных (Killeen, 2004).

**Признаки:** - *до рождения* - низкая подвижность плода, часто - неправильное положение плода. **Признаки после рождения синдрома Прадера-Вилли:** - дисплазия тазобедренных суставов; - ожирение; склонность к переяданию (чаще проявляется к двум годам); - пониженный мышечный тонус (гипотонус); - пониженная координация движений; - маленькие кисти и стопы, низкий рост; - повышенная сонливость, с возможным осложнением может стать апноэ (задержка дыхания во сне); - страбизм (косоглазие); - сколиоз (искривление позвоночника); - пониженная плотность костей; - густая слюна; плохие зубы; - микропенис (микропенис — половой член аномально малого размера) и неопущении яичек у мальчиков (крипторхизм); - сниженная функция половых желёз (гипогонадизм) и в результате, как правило, бесплодие; - речевая задержка, задержка психического развития; отставание в освоении навыков общей и мелкой моторики. - более позднее половое созревание. **Внешние признаки:** у взрослых выражена переносица; лоб высокий и узкий; миндалевидные глаза; губы узкие. Как правило, у больного встречается не более пяти вышеуказанных признаков. У большинства людей с синдромом Прадера — Вилли наблюдается задержка психического и речевого развития. 32% людей с синдромом Прадера-Вилли обладают нормальным или близким к нормальному IQ. Тем не менее в



целом у таких людей наблюдаются нарушения речи и когнитивные проблемы, связанные с обработкой информации и кратковременной памятью. Согласно исследованиям (Л. М. Керфс и Дж. П. Фринс (1992), у 5 % обследованных уровень коэффициента интеллекта (*более 85 баллов по шкале IQ*); 27 % — уровень на грани среднего (*70-85 баллов*); 34 % — *уровень слабого отставания (50-70 баллов)*; 27 % — *уровень среднего отставания (35-50 баллов)*; 5 % — *сильное отставание (20-35 баллов)*; *менее 1 % — значительное отставание*. По другим исследованиям (Кэссиди), 40 % пациентов с синдромом Прадера — Вилли демонстрируют интеллект на грани среднего или сниженный уровень интеллекта. Дети с синдромом Прадера — Вилли имеют хорошую долговременную зрительную память, они могут научиться читать, могут обладать богатым пассивным словарём, но их собственная речь обычно хуже, чем понимание. Слуховая память, математические навыки и навыки письма, зрительная и слуховая кратковременная память у таких детей обычно значительно хуже. Образовательные услуги, включают массаж, кинетотерапия, занятия по лечебной физкультуре, занятия с дефектологом, психологом, логопедом, трудотерапия и другие виды специальной терапии. Дети должны обучаться в зависимости от степени тяжести по адаптированной индивидуальной программе. Рекомендуются использование специальных методик интеллектуального развития. Показан приём «гормонов роста», заместительная гормональная терапия (с применением гонадотропинов).



**Синдром «кошачьего крика»**

**Синдром (болезнь) кошачьего крика или синдром Лежёна, также известный, как 5p синдром.** Это редкое генетическое заболевание, спровоцированное отсутствием короткого плеча пятой хромосомы. Частота синдрома примерно 1:45000. Соотношение полов М1: Ж1,3.

**Лечения нет** (паллиативная терапия). Продолжительность жизни у больных значительно снижена, только около 14% из них переживают возраст 10 лет.

Но есть и случаи, когда люди с этим синдромом преодолевали порог 50 лет. Синдром Лежёна, обусловлен структурной аномалией 5-й пары хромосом (выпадение участка - делеция).

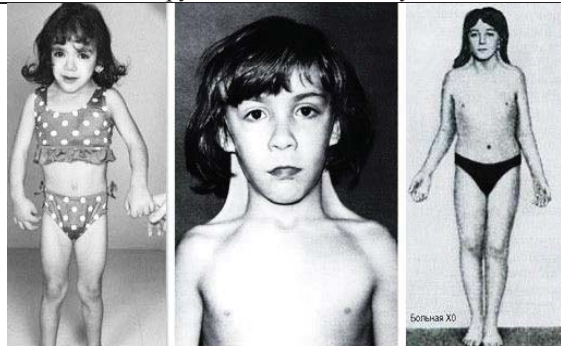
Синдром Лежёна встречается преимущественно у девочек и характеризуется развитием умеренной или тяжелой умственной отсталости.

**Симптомы:** - низкая масса при рождении и мышечная гипотония; - лунообразное лицо с широко расставленными глазами - следствие аномалий развития черепа; - широкая переносица; низкое расположение ушных раковин, деформированные уши; - поперечная складка ладоней; - слабо развита нижняя челюсть; - небольшие руки; - деформированы ступни, - отставание в развитии; - характерный плач, напоминающий кошачье мяуканье, причиной которого является изменение гортани (сужение, мягкость хрящей; - уменьшение надгортанника; - необычная складчатость слизистой оболочки) или недоразвитие гортани. Признак исчезает к концу первого года жизни. **Внешние особенности:** Изменение формы головы. При синдроме кошачьего крика такое нарушение наблюдается более чем у 85% новорожденных. Самое распространенное изменение – **микроцефалия**. Голова новорожденного малых размеров и несколько вытянута в продольном направлении. Кости лицевого черепа больше, нежели мозговая коробка, что создает характерный внешний вид, сохраняется во взрослом возрасте. Короткая шея. Из-за недоразвития шейных позвонков и хрящевой ткани между ними дети не могут повернуть голову под таким же углом, как здоровые люди. Аномальная форма и расположение глаз отчасти обусловлены неправильным развитием черепных костей. Большая часть этих симптомов характерна также для синдрома Дауна. - Антимонголоидный разрез глаз. Встречается он не у всех новорожденных. Глазные щели в таком случае идут под небольшим углом, от переносицы вбок и вниз. Внутренний угол расположен выше, чем наружный. - Косоглазие (страбизм). Характеризуется нарушением симметричности роговиц по отношению к краям и углам век. Ребенку крайне трудно сфокусировать зрение на определенном предмете, и, как правило, зрение у таких детей значительно снижается. Дефекты развития пальцев: - синдактилия – сращение пальцев на руках и ногах новорожденного; - клинодактилия характеризуется искривлением пальцев в суставах; - Косолапость характеризуется сильным отклонением внутрь стопы по отношению к продольной линии голени. У детей с таким дефектом могут быть проблемы с хождением на двух ногах, многие начинают ходить позже сверстников. Данный симптом не является специфическим для синдрома кошачьего крика и может встречаться при других заболеваниях. У лиц с синдромом кошачьего крика (синдром Лежёна),

**встречаются:** - врожденные пороки сердца, костно-мышечной системы и внутренних органов; - микроцефалия; - птоз; - низкое расположение и деформация ушных раковин, кожные складки впереди уха; - гипертелоризм (увеличенное расстояние между какими-либо парными органами или анатомическим образованиями (например, между внутренними краями глазниц, грудными сосками), эпикантус (поперечная кожная складка около внутреннего угла глаза, обычно двусторонняя), антимонолоидный разрез глаз.

На поведенческом уровне отличительной чертой является характерный плач ребёнка, напоминающий кошачье мяуканье и не несущий коммуникативную функцию. Также наблюдается существенная задержка моторного развития, как правило, присутствует тяжёлая умственная отсталость и очень ограничена способность к вниманию. **Образовательные услуги:** постоянный воспитательный уход, средства, стимулирующие психомоторное развитие ребенка. **Медицинские услуги:** педиатра и психоневролога, лечебная гимнастика и лечебный массаж.

**Синдром Тернера (Шерешевского-Тернера). Синдром Шерешевского-Тернера** – это хромосомное заболевание, вызванное отсутствием или дефектом одной X-хромосомы. Распространенность 1:3300 новорожденных. Синдром Шерешевского-Тернера в большинстве случаев возникает только у девочек, крайне редко данная патология встречается у мальчиков. Клинические проявления: Умственное недоразвитие обнаруживается только у части больных; обычно легкой степени. Они трудолюбивы и благодушны.



**Синдром Шерешевского — Тёрнера**

**Синдром Тернера** У многих из них есть критика к своему состоянию и переживание дефекта, отмечается склонность к невротическим реакциям. Врожденные аномалии строения придают больным своеобразный вид: - низкая масса тела при доношенной беременности (менее 2500 грамм); - низкий рост по мере развития ребенка (не превышает 150-155 см); - диспропорциональное телосложение (преобладание верхней части туловища, широкие плечи, узкий таз, укорочение нижних конечностей, конституция приближается к мужской);

- «шея флинкса» (короткая шея с крыловидными складками, с избыточной кожей на заднебоковой поверхности); - широкая грудная клетка; - маленькие низко расположенные уши; - искривление локтевых суставов; - короткие пальцы рук за счет укорочения пястных костей; - лимфостаз (отечность) стоп и кистей; - пороки строения половой системы (уменьшение размеров матки, отсутствие яичников, недоразвитие клитора и малых половых губ, гипертрофированные большие половые губы и др.); - отсутствие или слабая выраженность вторичных половых признаков (отсутствие менструаций, малое оволосение лобка и подмышечных впадин), молочные железы не развиты, соски втянуты, оволосение лобка и подмышечных впадин отсутствует или скудное; - возможные пороки развития сердечно-сосудистой, мочевыводящей и эндокринной систем; - склонность к повышенному артериальному давлению и ожирению. Прогноз для жизни и здоровья благополучный при отсутствии тяжелых пороков развития.



**Синдром Клайнфелтера**

**Синдром Клайнфелтера.** Под синдромом Клайнфелтера подразумевается совокупность генетических аномалий, основной особенностью которых является увеличение числа (полисомия) по половым хромосомам у лиц мужского пола. **Клинические проявления:** Интеллектуальная недостаточность встречается примерно у четверти больных, преимущественно в легкой степени. Отмечается выраженная незрелостью эмоционально-волевой сферы. У многих больных часто присутствует сознание своей неполноценности, которое становится источником внутреннего конфликта, характерны невротические и патохарактерологические реакции.

Описаны случаи с депрессивными, ипохондрическими, навязчивыми, шизофреноподобными

расстройствами Внешние вид лиц с синдромом Клайнфельтера: - астеническое сложение, узкие плечи, удлиненные конечности, слабо развитая мускулатура. - чрезмерная длина ног; - высокая талия; - высокий рост – в среднем на 7-10 см выше сверстников; - пик детского роста в возрасте 5-8 лет.

К пубертатному периоду – выше сверстников, причем более половины приходится на длину ног; Некоторые неявные затруднения в учёбе и выражении своих мыслей.

Снижение общего уровня IQ, причем каждая лишняя хромосома в кариотипе снижает значение IQ на 14-17 баллов от средних популяционных величин; - отчуждение, застенчивость, стеснительность.

С началом полового созревания и после его завершения, к вышеописанным проявлениям добавляются: - увеличение грудных желёз – двусторонняя гинекомастия; - маленькие, плотные яички; - нарушение половой функции – бесплодие, эректильная дисфункция; - маленький размер полового члена, низкий уровень либидо; - оволосение лобка по женскому типу; - практически полное отсутствие волос на теле, недостаточное развитие растительности на лице; - остеопороз в сочетании с мышечной слабостью; - ожирение; - аутоиммунные поражения различных органов и систем.

Постоянными признаками синдрома Клайнфельтера являются недоразвитие половых органов и бесплодие. Примерно у половины из них отмечается гинекомастия и евнухоидные признаки. В неврологическом статусе в ряде случаев имеются мышечная гипотония и диэнцефально-вегетативные расстройства по типу панических атак.



**Синдром Леша-Нихена**

**Синдром Леша-Нихена** [Lcsch -Nyhan syndrome)— это наследственное заболевание у лиц мужского пола, обусловленное недостатком фермента

гипоксантингуанинфосфорибозилтранс-фераза (HGPRT). Вследствие отсутствия фермента происходит накопление нерасщепленных продуктов обмена, в частности, мочевой кислоты, в различных клетках организма. Синдром Леша-Нихена проявляется симптомами поражения центральной нервной системы (ЦНС).

Женский организм выступает носителем генетических нарушений, которые передает их из поколения в поколение, но сам не страдает. Ввиду недостаточного изучения механизмов развития заболевания возможности лечения достаточно ограничены. В зависимости от выраженности нарушений продолжительность жизни больных различна, как правило, не более 30 лет. Факторы риска: наличие синдрома Леша-Нихена в предыдущих поколениях. Синдром Леша-Нихана, тяжелое нейромышечное заболевание, характеризующееся хореоатетоидными движениями, повторяющейся рвотой, *легкой или умеренной интеллектуальной недостаточностью*, самоповреждением, например обкусыванием губ, кончиков пальцев, тяжелым подагрическим артритом, сопровождающимся повышением уровня содержания мочевой кислоты. Дополнительным симптомом может служить отставание в росте ребенка по сравнению со сверстниками. **Симптомы синдрома Леша-Нихана** вызваны одним генетическим нарушением, однако условно их можно разделить на три основные группы. Со стороны центральной нервной системы (ЦНС): - судорожный синдром (чаще всего это судороги отдельных групп мышц); - повышенный мышечный тонус; - непроизвольные подрагивания конечностей (гиперкинезы); - выраженное отставание в развитии (например, позднее начало ходьбы); - частая рвота без связи с другими причинами; - нарушения речи (нечеткая, невнятная речь); - могут встречаться эпилептические припадки; - могут быть параличи обеих верхних или нижних конечностей (паралегии); - отставание в умственном развитии. Симптомы, связанные с обменными нарушениями: - постоянное желание пить и выделение большого количества мочи за сутки; - камни в почках; - воспаление суставов (артрит), чаще мелких суставов стоп; - скопления мочевой кислоты в мочках ушей (тофусы); - появление оранжевых кристаллов (кристаллов мочевой кислоты) в моче. **Поведенческие расстройства:** - необычно беспокойное поведение ребенка; - эмоциональная лабильность (быстрая смена настроения по незначительным причинам) с преобладанием агрессивности; - после появления зубов дети склонны к самоповреждению (укусы губ, пальцев рук, расчесы на коже) – характерный признак данного заболевания. Диагностика. Синдром Леша-Нихена очень тяжело обнаружить на ранних этапах развития заболевания (так как очень мало специфических, характерных именно для данного заболевания симптомов). Наличие трех основных синдромов может служить поводом для постановки диагноза: 1. неврологический синдром (повышение тонуса мышц, подергивания в форме непроизвольных движений и судорог, патологические рефлексы); 2. поведенческие нарушения (самоукусы, агрессия, направленная на окружающих и предметы быта); 3. синдром повышения уровня мочевой кислоты в крови (определение мочевой кислоты в анализах мочи и крови, наличие крови в



моче, спонтанное воспаление суставов, формирование камней в почках). Решающее значение имеет генетическое исследование. - План обследования таких пациентов: - общий анализ мочи и крови; - биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты; - ультразвуковое исследование почек; - консультация детского невролога, ревматолога, медицинского генетика.

**2. Интеллектуальная недостаточность, вызванная наследственными дефектами метаболизма. Фенилпировиноградная ИН** (фенилкетонурия, ФКУ, болезнь Феллинга), обусловленная с нарушением метаболизма аминокислот, преимущественно фенилаланина. Фенилкетонурия - генетическая патология с аутомно-рецессивным характером наследования. Постепенное накопление фенилаланина и его метаболитов, оказывают токсическое действие на ЦНС, формируя дефицит гормонов и медиаторов нервной системы с дальнейшей задержкой психического развития.

**Таблица 2.45. ИН, вызванная наследственными дефектами метаболизма** Манифестация болезни Феллинга происходит в возрасте 2–6 мес. Развиваются первые неспецифические симптомы: вялость, беспокойство и гипервозбудимость, мышечная дистония, срыгивание, судорожный синдром.



**Фенилпировиноградная интеллектуальная недостаточность**

Патогномоничным симптомом фенил-кетонурии считается упорная рвота. После 6 мес. наблюдается отставание ребенка в психомоторном развитии, проявляющаяся как снижение активности, безучастность к окружающему. Ребенок перестает узнавать родных, не делает попыток сесть или встать на ноги. Могут появляться шелушение кожи, экзема, дерматит, склеродермия. Дети не получающие лечения, страдают от микроцефалии, прогнатии, позднего прорезывания зубов, гипоплазии эмали. Уже в 4-6 мес. выявляется отставание в психомоторном развитии, которое заметно прогрессирует.

Развернутая клиническая картина заболевания включает умственную отсталость тяжелой или глубокой степени, нарушения поведения и кататонические расстройства (состояния психомоторного возбуждения, импульсивные действия, стереотипные движения, эхопраксия, эхолалия, субступорозные состояния), астенические состояния. Для них характерна задержка речевого развития, к трем–четырем годам развивается олигофрения с практически полным отсутствием речи. Они имеют диспластическое телосложение, отличаются светлой кожей, волосами и глазами. Верхние и нижние конечности согнуты в суставах (так называемая «поза портного»), походка шаткая, семенящая, нарушения координации, гиперкинезы тремор пальцев рук, атаксия, энурез. Характерны дефекты пигментации (большинство - блондины, со светлой, лишенной пигмента кожей и голубыми глазами). Моча имеет своеобразный запах («запах волка», «мышинный», «затхлый»). Для предотвращения развития психических и неврологических расстройств с первых месяцев жизни и до 10-12 летнего возраста используются диеты с резким ограничением фенилаланина (полностью исключают животный белок, значительно растительный, дефицит белков компенсируют специальными смесями аминокислот без фенилаланина). Чувствительность нервной ткани к токсическому влиянию продуктов обмена фенилаланина, а также к другим нарушениям обмена наиболее высока в раннем возрасте (в период созревания мозга). После окончания процесса миелинизации повышение фенилаланина в крови уже не оказывает патогенного воздействия на мозг.

**3. Интеллектуальная недостаточность, вызванная действием вредностей во время внутриутробного развития (эмбриопатии и фетопатии).** Интеллектуальная недостаточность, вызванная **вирусом краснухи** (рубеолярная эмбриопатия). Во время беременности краснуха считается опасным заболеванием. Вирус краснухи подавляет процесс деления клеток. В период интенсивного развития плода, закладки и формирования внутренних органов, действие вируса может критично сказаться на жизнеспособности плода, а также на способности его органов полноценно выполнять свои функции. Риск выкидыша до 40%, замирание беременности и рождение мертвого ребенка - на 20%, гибель малыша в первый год жизни – на 10% выше.

Таблица 2.46. Интеллектуальная недостаточность, вызванная вирусом краснухи



При заболевании беременной краснухой в первом триместре беременности формируется эмбриопатия с грубыми нарушениями строения нервной системы (микроцефалия, порэнцефалия), органов слуха и зрения, врожденными пороками внутренних органов. Умственная отсталость у таких больных обычно глубокой степени, часты судорожные припадки. Самый опасный период – до 14 недели беременности, когда у плода закладывается все основные органы. Если беременная женщина переболеет, вирус может через плаценту проникнуть к плоду и вызвать синдром врожденной краснухи. Этот синдром вызывает патологии развития: от 3 до 11 недели беременности – мозга, 4-7 неделя

- патологии глаз и сердца, 7-13 – нарушения слуха; в этот же период краснуха может привести к появлению заячьей губы, а также других патологий и уродств у плода, вплоть до полной его нежизнеспособности. Чаще всего развивается «триада Грегга» (катаракта — 75% случаев, порок сердца — 50%, глухота — 50%). К сожалению, после перенесенной краснухи нередко происходит самоаборт, или преждевременные роды, в которых плод рождается нежизнеспособным.

#### **Интеллектуальная недостаточность, вызванная** (алкогольная фетопатия).

Развивается при употреблении алкоголя матерями во время беременности. По данным ряда авторов *занимает первое место среди причин легкой умственной отсталости*. Алкогольный синдром плода [fetal alcohol syndrome] - Совокупность признаков — отставание в росте и развитии (как психическом, так и физическом), пороки развития черепа, лица, конечностей и сердечно-сосудистой системы, — наблюдаемых у детей, родившихся от матерей с тяжелой алкогольной зависимостью. Наиболее частыми проявлениями и патологиями являются: пренатальный или постнатальный дефицит роста, микроцефалия, задержка развития, умственная отсталость, короткие щели век, короткий вздернутый нос со вдавленной переносицей, тонкая верхняя губа, патологические складки на ладонях, пороки сердца (особенно перегородочные). Причинная связь между этими нарушениями и влиянием алкоголя на плод однозначно не установлена.

Таблица 2.47. Интеллектуальная недостаточность, вызванная алкоголизмом матери

<b>Фетальный алкогольный синдром (ФАС) или алкогольный синдром плода (АПС)</b>				<b>Причины ФАС/АПС:</b> - употребление женщиной алкоголя, даже по 100 гр. вина в неделю, до и во время беременности. У женщины при употреблении алкоголя разрушается весь запас яйцеклеток-ток. Если мужчина злоупотребляет алкоголем, его сперматозоиды вырабатываются нездоровыми, изменяется их морфология и генетика – риск больного ребёнка очень высок.
				
<b>Волчья пасть</b>				
<b>Волчья пасть и заячья губа</b>				
				

**ФАС** считается **главной причиной умственной недостаточности**. **Аномалии ФАС** – мозговые нарушения, аномалии структуры мозга и расстройства ЦНС, нарушения интеллекта, кретинизм, нарушения психических процессов (мышления, памяти, внимания, речи, нарушения строения внутренних органов, внешних половых органов. Физические дефекты детей с ФАС: - маленький рост и вес; - нарушения строения черепа; - микроцефалия; - выпуклый лоб; - короткий широкий нос с низким, широким и плоским переносицей; - гипоплазия верхней челюсти - узкий подбородок; - вытянутое плоское лицо; - укорочение глазных щелей; - узкие глаза с нависшими веками; - заячья губа; - недоразвитие костей срединной части; - уродства. **Нарушения поведения:** - гиперактивность, повышенная возбудимость, невротизм, нервные тики, заикание, агрессивность, неуправляемое поведение, эмоции, неосознанность последствий своих поступков, ассоциальность, конфликты с законом, повышенная чувствительность к алкоголю, сексуальные влечения и девиации. **Сопутствующие заболевания:** пороки сердца; - удвоение мочеиспускательного канала, прочие аномалии мочеполовой системы; - пупочная грыжа; - фиброз печени; - стеноз аорты; - нарушения слуха,



зрения, опорно-двигательного аппарата; - эпилепсия. **Степени тяжести ФАС: 1-я степень ИН (44%)** случаев: - пре и постнатальная гипотрофия, микроцефалия, слабовыраженные признаки черепно-лицевого дисморфизма, легкая интеллектуальная недостаточность. **2-я, умеренная степень ИН (34%)**: выражены все основные симптомы ФАС, включая нарушения строения лица и черепа. **3-я степень ИН (23%)**: грубые нарушения интеллектуального развития, тяжелые соматические дефекты, выраженный черепно-лицевой дисморфизм, дерматологические заболевания, кавернозные ангиомы, анемии, судороги, частые ОРВИ и т.д.

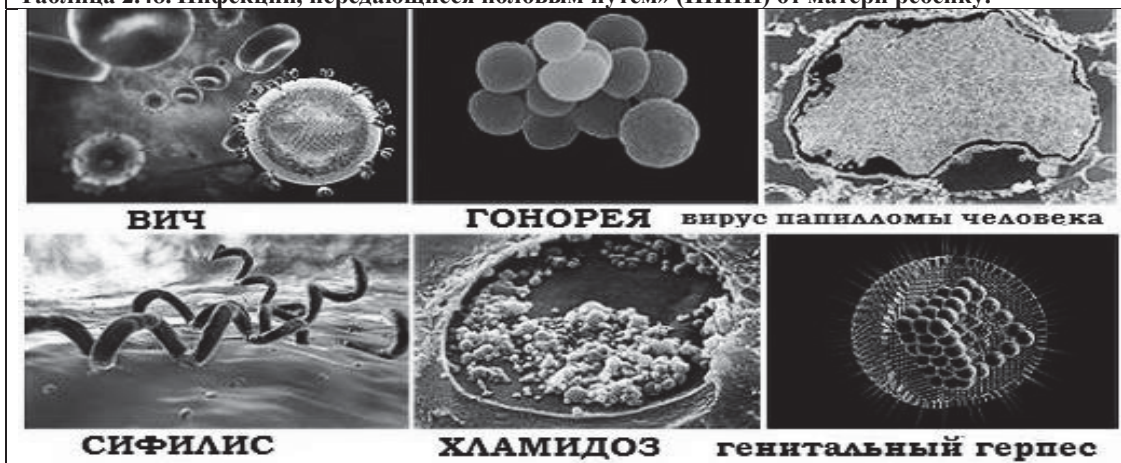
#### 4. Инфекции, передающиеся половым путем» (ИППП) от матери ребёнку. 4.1. Интеллектуальная недостаточность, вызванная паразитарными инфекциями ИППП

Традиционно принято выделять венерические заболевания (сифилис, гонорея, трихомониаз, мягкий шанкр, донованоз, лимфогранулематоз венерический) и инфекции (заболевания), передающиеся половым путем (гепатиты, ВИЧ, хламидиоз, папилломавирусная инфекция и др.). Однако это деление постепенно теряет свою значимость, и в настоящий момент все эти заболевания объединены термином «инфекции, передающиеся половым путем» (ИППП). В настоящее время известно более 40 ИППП.

Статистика показывает, что каждый год в мире заболевают около 250 миллионов человек. Из них 120 миллионов – трихомониазом, 50 миллионов – хламидийной инфекцией, 30 миллионов – папилломатозной инфекцией, 25 миллионов – гонореей и 3,5 миллиона – сифилисом. Женщины в два раза чаще заражаются хламидиями во время однократного полового акта с зараженным партнером, нежели мужчины в аналогичной ситуации.

Основными путями инфицирования детей ИППП являются: - трансплацентарный (ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, сифилис, папилломавирусная инфекция); - перинатальный (ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, сифилис, гонококковая, трихомонадная, хламидийная и папилломавирусная инфекции (ВПЧ)); - половой контакт (все ИППП); - трансфузионный (ВИЧ, гепатиты). Не вылеченные ИППП у будущей матери приводит к возникновению у ребенка таких нарушений, как: - внутриутробные дефекты развития; - мертворождение; - недостаточный вес; - слепота; - глухота; - интеллектуальная недостаточность; - хронические формы респираторных инфекций.

Таблица 2.48. Инфекции, передающиеся половым путем» (ИППП) от матери ребёнку.



**Трихомониаз**, трихомоноз (*trichomonas vaginalis*), распространенная инфекция, передаваемой половым путем (ИППП). Ежегодно диагностируется 170 миллионов случаев заражения. Трихомонады относятся к одноклеточным паразитам, которые паразитируют в живом организме.

Таблица 2.49. Инфекции, передающиеся половым путем» (ИППП) от матери ребёнку.

<b>Интеллектуальная недостаточность вызванная паразитарными инфекциями</b>	
 Трихомонады	 Трихомониаз
 Токсоплазмоз	
<p>Трихомонада — это сложная клетка, которая имеет свойство сама размножаться, питаться белками и микроэлементами человеческого организма, в котором живёт десятилетиями, выделяя огромное количество токсинов, которые постепенно разрушают человеческие клетки. В организме человека могут существовать целых <u>три вида трихомонад</u>: кишечные, ротовые и уrogenитальные.</p> <p><b>Кишечная трихомонада</b> вызывает вздутие живота, колит, энтероколит, холецистит, тошноту, снижение аппетита, ухудшает пищеварение. Как показали научные исследования, отеки, эрозии, полипы, язвы, мышечная слабость и анемии также могут быть вызваны этим паразитом. <b>Ротовые трихомонады</b> живут на поверхности слизистых оболочек, на миндалинах и в дыхательных путях человека, вызывает кариес, парадонтоз, хронические ангины, пневмонии и т.д. Проникает в пищеварительный тракт, поражают печень и другие жизненно важные органы. <b>Влагалищная или уrogenитальная трихомонада</b>, передается половым путем. <i>Последствия у женщин</i>: вагиниты, эрозии шейки матки, эндометриоз, непроходимость маточных труб, язвенные колиты, дуодениты, холециститы, пиелонефриты, циститы, склинеит (проявляется тазовой болью), рак и т. д. <i>У мужчин</i>, трихомонада поражает мочеиспускательный канал, семенные пузырьки, яички, предстательную железу, вызывает абсцесс предстательной железы, уретриты, простатиты, воспаление яичек и их придатков, предраковые заболевания, рак и т.д.. Еще в начале XIX века определенная группа ученых доказала, что трихомонады присутствуют во всех органах человеческого организма. <b>Лечение трихомониазы является слабозффективным</b>. Причина одна: трихомоноз - заболевание не уrogenитального тракта, а всего организма в целом. Тамара Свищева, автор теории согласно которой, все хронические заболевания (рак, сердечно-сосудистые, диабет, СПИД и т.д.) спровоцированы действием одноклеточного жгутикового паразита «трихомониазом». <b>Наиболее уязвим к губительному воздействию трихомонады неокрепший, развивающийся детский организм</b>. Заражение детей возможно еще на стадии внутриутробного развития, на ранних сроках беременности или при прохождении через родовые пути матери, инфицированная этим заболеванием. Разрушая человеческие клетки новорожденного, оказывает деструктивное влияние на иммунную и на все системы человеческого организма, в целом, повышая риск инфекционных заболеваний. Даже самый жизнерадостный, активный и общительный ребенок после заражения становится вялым, рассеянным и капризным. Кожа заболевшего малыша бледнеет, аппетит ухудшается. Ребенок часто болеет, быстро переутомляется, наблюдается повышенная нервная возбудимость, частые судорожные припадки, отставание в развитии. При наличии в семье инфицированного взрослого, заражение ребенка может произойти контактно-бытовым путем при использовании одного полотенца, во время нахождения ребенка в постели с больным взрослым и прочими способами. В течение первых 3-х недель жизни новорожденного еще велико действие материнского иммунитета, и это является основной причиной сглаженной симптоматики. Позже, когда действие иммунных тел матери снижается, а свой защитный барьер у ребенка еще не развит, симптомы болезни проявляются отчетливее. При уrogenитальной трихомонаде, основные проявления заболевания у детей такие же, как и у взрослых: - зуд и жжение наружных органов мочеполовой системы; - болезненность и покраснение половых губ; - частые позывы к мочеиспусканию; - жжение и зуд во время мочеиспускания; - изменение влагалищных выделений (появление обильных выделений зеленого, серого, желтого цвета) или из уретры у мальчиков. Возможны примесь крови в выделениях и образование эрозий не только на слизистой оболочке уrogenитальной области, но и на внутренней поверхности бедер; - осложнением инфекции могут стать цистит (воспаление мочевого пузыря) и уретрит (воспаление мочеиспускательного канала).</p>	

Трихомониаз может увеличить риск заражения или передачи других венерических заболеваний, в том числе ВИЧ.

**ТОКСОПЛАЗМОЗ** – паразитарное заболевание, вызываемое облигатным внутриклеточным паразитом *Toxoplasma gondii*. Токсоплазмы обнаружены на всех материках и континентах, в том числе в тех регионах, где не проживают животные семейства кошачьих, являющиеся окончательными их хозяевами. Токсоплазмоз характеризуется тесной зависимостью клинических проявлений и состояния иммунной системы человека. Врожденный токсоплазмоз является результатом трансплацентарной передачи возбудителя от матери к плоду при первичном заражении женщины после наступления зачатия, а также при вторичной паразитемии, развивающейся у ранее инвазированных токсоплазмами иммунокомпromетированных беременных (как правило, больных ВИЧ-инфекцией на стадии СПИД). Врожденный токсоплазмоз может проявляться в неонатальном периоде, в течение первых нескольких месяцев жизни, а также в виде поздних осложнений или рецидивов инфекции и обострений, особенно – в пубертатном возрасте. Заболевание может протекать с явной клинической картиной генерализованной инфекции или изолированными поражениями ЦНС, глаз. При врожденном токсоплазмозе обнаруживаются признаки анемии, геморрагии в серозные оболочки, дилатация полостей сердца, очаги пневмонии или отек легких, некротические очаги в печени и селезенке, гиперплазия лимфатических узлов, полнокровие головного мозга. В пораженных тканях выявляются очаговые некрозы, диффузная или гранулематозная пролиферация ретикулярных клеток, лимфогистиоцитарные или плазмноклеточные инфильтраты. По периферии некротических очагов обнаруживаются паразиты (тахизоиты). Нарушается развитие больших полушарий головного мозга. Поражение эпендимы, возникновение спаек в желудочках мозга и облитерация подпаутинных пространств приводят к развитию гидроцефалии. в коре головного мозга, подкорковой области появляются очаги некроза и обызвествления. Характерно продуктивное воспаление вещества головного мозга и его оболочек, нередко развивается менингоэнцефалит. Возникают очаги некробиоза в сетчатой оболочке с образованием гранулем в сосудистом тракте (продуктивно-некротический эндофтальмит). Поздние последствия прежде всего связаны с поражением ЦНС и глаз. Классическая триада токсоплазмоза- обструктивная гидроцефалия, хориоретинит, диффузная внутричерепная кальцификация. Тяжесть врожденного токсоплазмоза определяется инвазирующей дозой токсоплазм, количеством поступивших от матери к плоду протективных антител и периодом беременности, в котором произошло заражение. Клиническая картина заболевания не имеет патогномоничных признаков и во многом сходна с проявлениями других врожденных инфекций. Клиника варьирует от тяжелых поражений, которые могут привести к смертельному исходу, до отсутствия клинических проявлений у новорожденного. Основными клиническими проявлениями тяжелого ВТ являются гидроцефалия, задержка умственного развития, хориоретинит, кальцификаты головного мозга, гепатит, пневмония, миокардит, миозит.

**4.2. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная бактериальными инфекциями (ИППП).** Самыми распространенными и самыми опасными бактериальными инфекциями передающиеся половым путем (ИППП) от матери ребёнку, хламидиоз, гонорея и сифилис, оказывающие тяжелые деструктивные последствия, на несформированный развивающийся, организм ребёнка.

**Таблица 2.50. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная бактериальными инфекциями (ИППП)**

**ХЛАМИДИОЗ.** Заражение хламидиями у большинства беременных не вызывает внешних болезненных симптомов. При этом, по статистике, хламидиоз диагностируется примерно у 7% женщин в период вынашивания ребенка. При отсутствии лечения хламидиоз приводит к таким патологиям: - замершая беременность; - выкидыши; - несвоевременные роды (преждевременные или с запозданием); - интенсивные кровотечения, приводящие к потере 300 миллилитров крови и более; - эндометрит; - внутриутробное заражение ребенка. Проникновение возбудителя в организм ребенка, что возможно как при проявлении признаков инфекции, так и при бессимптомном протекании патологии, наблюдается в 50-75% случаев. Заражение происходит в период внутриутробного развития (при заглатывании ребенком содержащих хламидии околоплодных вод), в процессе родов и при контактировании с родовыми путями. Хламидийная инфекция вызывает у новорожденных конъюнктивиты, у каждого десятого ребенка с таким диагнозом развивается пневмония, реже выявляется отит. При обследовании новорожденных хламидии выделяются из носоглотки, ротовой полости и глотки, прямой кишки. В целом, выявляется около 8-10% малышей, инфицированных этим возбудителем.

**Сифилис. Врожденным сифилисом** называется такая форма этого заболевания, при которой заражение плода или ребенка происходит еще внутриутробно, при этом заболевание может



дебютировать до возраста 15-16 лет. **Врожденный сифилис делится на следующие виды:** - Сифилис плода – развивается внутриутробно; - **Ранний врожденный сифилис** – отмечается до 4 летнего возраста ребенка; - **Поздний врожденный сифилис** – отмечается у детей старше 4 лет. **Скрытый врожденный сифилис** может поражать разные возрастные категории. **Симптомы болезни:** - воспалительно-дистрофические поражения внутренних органов и органов чувств; - появление морщинистой кожи у плода; - остеохондроз плода; - высыпания на коже у детей, которые содержат большое количество бледных трепонем; - сифилитическая пузырчатка и т.д. **Причины болезни:** возбудителем врожденного сифилиса является бледная трепонема, которая имеет спиралевидную форму. Она очень подвижна во внешней среде. Бледная трепонема за счет своей подвижности легко проникает через плацентарный барьер, непосредственно попадая к плоду через кровь матери к ребенку еще во внутриутробном развитии. Малыш рождается уже с признаками инфекции. Бледные трепонемы к плоду могут попасть: - через пупочную вену; - по лимфатическим путям. **Осложнения врожденного сифилиса:** - типичный внешний вид ребенка с ягодицеобразной формой черепа; - гидроцефалия плода; - грубые стигмы дисэмбриогенеза – это определенные генетические поломки, которые не приводят к развитию летальных пороков (высокое небо, растопыренные уши, приросшая мочка уха и т.д.); - задержка психического развития до различных степеней слабоумия; - кератит – сифилитическое воспаление роговицы; - потеря слуха; - дистрофическое поражение зубов.

**Внутриутробные поражения умственного развития бактериальными инфекциями передаваемые половым путем от матери ребенку**



**ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС**



**ХЛАМИДИОЗ**

**ГОНОРЕЯ**

**Поражение головного мозга**

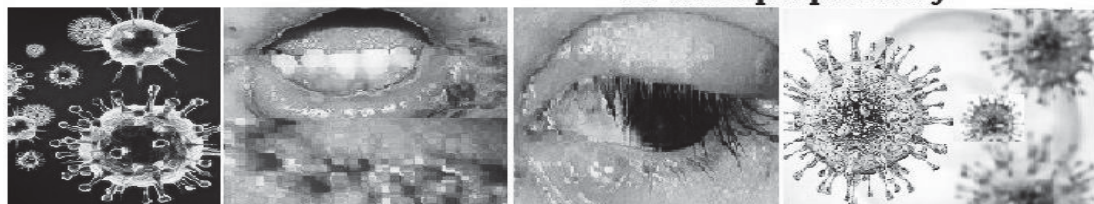
на ранних стадиях его формирования приводит к задержке его развития, микрогрии, склерозу и порэнцефалии. Особенно страдают мозговые оболочки и сосуды, что проявляется специфическим эндартериитом, их облитерацией, с последующим размягчением окружающих тканей. На стенках сосудов и в оболочках мозга образуются множественные гуммы, развиваются эндо- и периаартерииты, что проявляется выраженной сосудисто-воспалительной реакцией с формированием специфического гуммозного базального менингита или менингоэнцефалита. Возможно развитие внутренней гидроцефалии. Поражение ЦНС клинически характеризуется вялостью ребенка, срыгиванием, монотонным криком, судорожным синдромом, очаговой симптоматикой. В спинномозговой жидкости определялся лимфоцитарный цитоз и повышенное содержание белка.

**ГОНОРЕЯ.** Инфицирование плода наблюдается во время внутриутробного развития или в процессе родов. При внутриутробном заражении у новорожденного ребенка диагностируется хориоамнионит или гонококковый сепсис. При проникновении возбудителя в организм ребенка в процессе родов развиваются следующие заболевания: отит; гонококковый конъюнктивит; вульвовагинит; офтальмия новорожденных — диагностируется в таких случаях чаще всего, высоковирулентна. Наиболее опасны обильные гнойные выделения, разлитая гиперемия наружных половых органов, промежности, кожи внутренней поверхности бедер, перианальных складок, боли при мочеиспускании, тенезмы. Выделения гнойные, густые, зеленоватой окраски, пристают к слизистой, при высыхании оставляют корочки на кожных покровах. При отсутствии лечения развивается слепота; артрит; менингит, интеллектуальная недостаточность.

**4.3. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная вирусными инфекциями (ИППП) от матери ребёнку** Самыми опасными являются инфекции ВИЧ, цитомегаловирус, гепатит В, вирус простого герпеса (ВПГ, или герпес), вирус папилломы человека (ВПЧ).

**Таблица 2.51. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная вирусными инфекциями (ИППП)**

**Внутриутробные поражения умственного развития вирусными инфекциями передаваемые половым путем от матери ребёнку**



**Вирус простого ГЕРПЕСА (ВПГ)**

**ЦИТОМЕГАЛОВИРУС**



**ЦИТОМЕГАЛОВИРУС**

**ГЕРПЕС herpes simplex virus.** Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ). Врожденная инфекция, вызванная ВПГ – тяжелое инфекционное заболевание плода (новорожденного), развивающееся вследствие интранатальной контактной (реже – антенатальной трансплацентарной) передачи возбудителя. Неонатальная инфекция, вызванная ВПГ, обычно передается ребенку во время родов. Типичным признаком является везикулезная сыпь. При неонатальной инфекции, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ), отмечается высокая смертность и значительная заболеваемость. Заболеваемость составляет от 1/3000 до 1/20000 рождений. Заражение ВПГ происходит перед родами после разрыва околоплодных оболочек или во время родов при прохождении через инфицированные родовые пути матери. У матерей новорожденных детей, страдающих герпетической инфекцией, как правило, имеются вновь приобретенные половые инфекции, но многие из них не имели симптомов во время родов. В некоторых случаях возможна трансплацентарная передача вируса, а также внутрибольничная передача инфекции (контактный путь) от одного новорожденного ребенка другому с участием медицинского персонала, членов семьи. Врожденный герпес, проявляется поражением мозга, центральной нервной системы (ЦНС) микроцефалией, гидроцефалией, кальцификатами в мозге, хориоретинитом, микрофтальмией, кожными рубцами, гипоплазией конечностей (кортикальная карликовость). Тромбоцитопения, ранний неонатальный бактериальный сепсис. Церебральная форма интранатально приобретенного неонатального герпеса (локальная форма с поражением ЦНС-герпетический энцефалит) может клинически четко проявиться лишь на 2–4-й неделях жизни ребенка типичными признаками энцефалита – лихорадка, различной выраженности симптомы угнетения ЦНС (летаргия, ступор, кома) или гипервозбудимости (судороги, высокочастотный крик и др.), Гипертермия характерна для доношенных новорожденных, у недоношенных чаще развивается на фоне нормальной температуры, либо сопровождается гипотермией Судороги развиваются у 60-80 % новорожденных, чаще генерализованные. Формируется эпилепсия с полиморфизмом припадков в виде генерализованных или локальных миоклоний мускулатуры лица и конечностей, адверсивных приступов, атонических абсансов с резистентностью к противосудорожной терапии. Энцефалит не ограничивается только височными долями, а распространяется и на другие отделы. Локализованная врожденная ВПГ-инфекция с поражением кожи и слизистых встречается у 20-40% больных неонатальным герпесом при интранатальном инфицировании и характеризуется наряду с типичными везикулярными высыпаниями на коже, поражениями слизистой полости рта (афтозный стоматит у 10%), глаз (у 40% детей-конъюнктивит, кератит, хориоретинит). Осложнениями герпетической инфекции глаз является язва

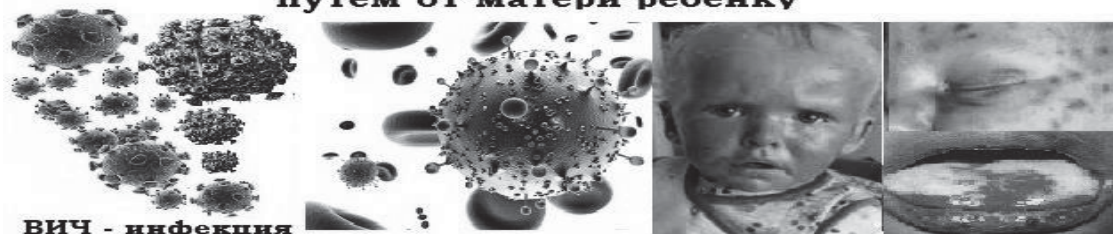


роговицы, атрофия зрительного нерва, слепота, поражения ЦНС. **Клиническая классификация врожденной ВПГ- инфекции от легкой до глубокой степени ИН.**

**ЦИТОМЕГАЛОВИРУС (ЦМВ)** – возбудитель из группы герпес-вирусов. ЦМВ называется еще цитомегалия или вирусное заболевание слюнных желез. Высокая распространенность ЦМВ обеспечивает практически абсолютное обсеменение всей популяции людей. Скрытое заражение и течение заболевания при беременности может осложниться заражением плода от матери. Вирус вызывает самопроизвольные аборты, тяжелые патологии плода, врожденную цитомегалию. **Признаками цитомегаловируса при рождении**, являются внутриутробная задержка роста и развития, недоношенность, микроцефалия, поражения мозга, поражение ЦНС, глаз, легких, почек, слюнных желез, желтуха, петехиальная кровавая сыпь по всему туловищу, кровоизлияния на кожных покровах и слизистых, а также кровь в каловых массах, гепатоспленомегалия, перивентрикулярная кальцификация, хориоретинит, пневмонит, гепатит и нейросенсорная потеря слуха, умеренная и тяжелая интеллектуальная недостаточность. **При заражении после рождения** признаки могут включать пневмонию, гепатоспленомегалию, гепатит, тромбоцитопению, сепсисоподобный синдром и атипичный лимфоцитоз. Цитомегаловирус сопровождается множеством заболеваний, среди которых анемия, тромбогеморрагический синдром, увеличение печени, селезенки, кровотечения, кровоизлияния в органы. Цитомегаловирус вызывает следующие клинические синдромы: пневмонию, ретинит, колит, эзофагит, гастрит, энцефалит, полирадикулопатию, гепатит, аденалит, пневмония, энцефалит. Легочная форма цитомегаловирусной инфекции проявляется упорным, мучительным, коклюшеподобным кашлем и одышкой смешанного характера. Заболевание сопровождается продолжительной лихорадкой, общей слабостью, анорексией, ночными потами, миалгией и артралгией. Отмечается цианоз и «мраморность» кожных покровов. Повышение температуры свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции. Течение процесса волнообразное, длительное.

**ВИЧ.** Большинство случаев заражения младенцев и малолетних детей ВИЧ-инфекцией связаны с ее передачей от матери к ребенку во время беременности, во время рождения (вертикальная передача), или при кормлении грудью. Внутриутробным заражением СПИДОМ у детей, считается, если вирус у ребенка обнаружен в первые 48 ч после рождения. Заражением во время родов, считается — если вирус обнаружен на 8-е сутки после рождения и позже. В первые 2 дня жизни вирус обнаруживается примерно у 10–30% ВИЧ-инфицированных детей.

**Внутриутробные поражения умственного развития вирусными инфекциями передаваемые половым путем от матери ребёнку**



**ВИЧ - инфекция**



**вирус иммунодефицита человека - ВИЧ**

Клиническая картина **врожденной ВИЧ-инфекции** зависит от стадии онтогенеза, на которой произошло проникновение вируса (внутриутроб-ное заражение), и от возраста ребенка в случае постнатального заражения. **Клинические категории среди детей < 13 лет** (Клинические категории для детей в возрасте < 13 лет с ВИЧ-инфекцией) определяют по наличию или отсутствию определенных общих оппортунистических (сопутствующих) инфекций (герпес, трихомоноз, кандидоз, цитомегаловирус и т.д.) или рака. Выделяют следующие категории симптоматики: N – Бессимптомное течение;

### 5. Состояния умственного недоразвития, вызванные действием вредностей во время родов или в первые месяцы и годы жизни.

<p><b>Таблица 2.52. Умственное недоразвитие, вызванные действием вредностей во время родов или в первые месяцы и годы жизни.</b></p>
<p><b>Интеллектуальная недостаточность (ИН), обусловленная родовой травмой или асфиксией в родах.</b> Травма головы. В том числе родовая. Особенно в раннем возрасте, когда мозг недостаточно защищен. Механическое повреждение черепа ребенка во время родов может приводить к внутричерепным кровоизлияниям или даже к непосредственным повреждениям мозга и его оболочек. Кислородное голодание вызывает нарушения метаболизма в нервной ткани. Для родовых травм характерны очаговые неврологические расстройства, судорожные припадки, иногда – гидроцефалия. В некоторых случаях с подобной проблемой встречаются лица старшего возраста, независимо от прожитых лет. Гематома, кровоизлияние с отмиранием нервных тканей, в том числе инсульт, все эти состояния способны спровоцировать дефицит интеллектуальной активности, когнитивные, мнестические дисфункции. Вплоть до впадения в детство, полной деградации личности во всех сферах. Эти факторы могут приводить к формированию органической патологии головного мозга и, в последующем, интеллектуальной недостаточности разной степени тяжести.</p>
<p><b>ИН, обусловленная гемолитической болезнью плода и новорожденного.</b> Гемолитическая болезнь плода (эритробластоз плода) обусловлена резус-конфликтом между матерью и ребенком, который приводит к гемолизу эритроцитов плода, анемии, высокому уровню билирубина, нарушениям кровообращения, отекам, повышению внутричерепного давления. Факторами, способствующими возникновению гемолитической болезни, являются аборт матери, переливание резус-положительной крови, повреждение плаценты. Гемолитическая болезнь новорожденных чаще развивается у ребенка с группой крови А (II) или В (III) при наличии у матери 0(1) группы крови. Гемолитическая болезнь новорожденных развивается в результате разрушения эритроцитов под влиянием антител, что ведет к накоплению непрямого (связанного с белком) билирубина. Степень поражения ЦНС и других органов зависит не только от уровня билирубина, но и от продолжительности гипербилирубинемии, состояния эндокринной системы новорожденного, а также от количества сывороточного альбумина, который обладает способностью связывать непрямо билирубин и тем самым предотвращать его проникновение в ткани. <b>Симптомы:</b> экстрапирамидные двигательные расстройства (гиперкинетический синдром, атаксия, дистония мышц конечностей, иногда — парезы и параличи), поражении подкорковых образований, относятся глазодвигательные расстройства, опистотонус и судороги, дисплазия зубной эмали и выпадение зубов, дефекты слуха и интеллектуальная недостаточность разной степени тяжести. Признаки психоорганического синдрома, особенно выражены у лиц с грубыми нарушениями слуха. У них на первый план выступают недостаточность вербального мышления и несостоятельность при выполнении заданий, связанных с речевой переработкой инструкций, при негрубом недоразвитии наглядно-действенного мышления. Цель лечения обменного переливания крови — максимально быстрое выведение из организма новорожденного антител и продуктов гемолиза. Последствия токсико-аноксического поражения мозга при гемолитической болезни принято называть билирубиновой энцефалопатией.</p>
<p><b>ИН, обусловленная нейроинфекциями, перенесенными в раннем детстве.</b> Нейроинфекция – это обобщенное название множества инфекционных заболеваний нервной системы. Наиболее распространенными заболеваниями приводящие к сложному и множественному нарушению развития относятся различные пре-, перинатальные и постнатальные заболевания. Наиболее распространенными из этих <u>внутриутробных заболеваний</u> являются краснуха, токсоплазмоз, трихомоноз, хламидиоз, Врожденный сифилис, цитомегаловирусная инфекция туберкулез, и др. Постнатальные инфекции: скарлатина, корь, грипп, ВИЧ – инфекция, нейроинфекции (менингиты, энцефалиты) в детском возрасте приводят к сложному нарушению развития ребенка. Основной путь передачи – воздушно – капельный: - контакт с вирусоносителем, больным человеком, во время его кашля или чихания в том числе, посредством поцелуя, если слюна попала на слизистую оболочку здорового ребенка (ребенка не следует целовать в губы); - перенесенные черепно-мозговые травмы; - гематогенный путь инфицирования; - наличие эрозий на деснах или их воспаление; - микроскопические травмы слизистого эпителия полости рта; - хронические инфекции; - гнойные инфекции (тонзиллит, отит), - переохлаждение организма; - низкий иммунитет и т. д. <b>Различают следующие виды нейроинфекции головного мозга:</b> - <b>энцефалит</b> - воспаление ткани головного мозга, следствием клещевого поражения, а также проникновения и воздействия бактерий и вирусов. В отсутствие лечения прогноз неблагоприятный и даже летальный. Симптомы: головная боль усиливается в положении лежа, устойчива (плохо и кратковременно купируется анальгетиками); повышение температуры тела; слабость и чувство разбитости, проявления общей интоксикации</p>

организма. Развитие птоза (опущение века), ощущение двоения в глазах, общее нарушение зрения.

- **миелит** (воспалительный процесс спинного мозга, вызванный болезнетворными микроорганизмами). Миелит считается одним из самых тяжелых и опасных для человека. При поражении спинного мозга практически всегда остаются серьезные осложнения: гибнут нервные клетки, что приводит к параличу, нарушениям функций кишечника, мочевого пузыря. Во всех случаях при миелите наступает паралич. После перенесенных заболеваний (выздоровления) остается головная боль, постоянные болевые ощущения в спине, ухудшение памяти, слуха, зрения, проблемы с запоминанием. Встречаются случаи, когда нейроинфекционное заболевание приводит к полной инвалидизации, потери зрения, или слуха.

- **арахноидит** (инфекционное воспаление мозговую оболочку локализация которого – в паутинной оболочке головного мозга). Развитие арахноидита обуславливают перенесенные травмы головы, наличие ревматизма, своевременно не вылеченной ЛОР-инфекции. Симптомы: сильная, устойчивая головная боль, лишаящая возможности выполнять даже элементарные действия; ухудшение зрения; слабость; тошнота, рвота; повышение температуры тела; носовое кровотечение из-за нарушения мозгового кровообращения; бессонница; в тяжелых случаях – нарушение сознания или его отсутствие.

- **менингит** (инфекционное воспаление распространяется на оболочки мозга). Менингит — воспаление оболочек головного и/или спинного мозга. Инфицирование происходит гематогенным, лимфогенным или воздушно-капельным путем. Болезнетворные возбудители – вирусы, бактерии, грибы. Симптомы менингита ригидность мышц затылка (пациент не может наклонить голову вперед); интенсивная головная боль, повышенная температура тела до высокой отметки.

**Комбинированные патологии** видов нейроинфекции: - энцефаломиелит; - менингоэнцефалит.

После перенесенных менингитов и менингоэнцефалитов может формироваться интеллектуальная недостаточность различной степени выраженности, очаговые неврологические расстройства, судорожные припадки, гидроцефалия. Перенесенная нейроинфекция негативно сказывается на качестве жизни ребенка в дальнейшем. Возможно развитие судорожного, эпилептического синдрома, неврологических дефектов (парезов, пlegий, атаксии), интеллектуальных и поведенческих нарушений, СДВГ, а также задержки психоречевого и моторного развития, тяжелой степени интеллектуальной недостаточности, слепоте, глухоте, параличу и даже к летальному исходу. Все это может усугубить процессы обучения и социализации ребенка.

#### **Дифференциальный диагноз.**

Термин «задержка развития» представляет собой более широкое понятие, чем интеллектуальная недостаточность. Он указывает на то, что ребенок испытывает трудности в одной или нескольких областях адаптивного функционирования; это не обязательно означает, что у него существенно нарушены когнитивные способности. Другими словами, несмотря на то, что индивиды с ИН демонстрируют признаки задержки общего развития, не все дети с задержкой развития интеллектуально неполноценны.

К наиболее распространенным состояниям, которые могут ошибочно диагностироваться как ИН, относятся специфические расстройства развития и низкая успеваемость в школе.

При первом состоянии, дети могут казаться недоразвитыми, поскольку не успевают в одном или нескольких школьных навыках (например, чтение, арифметический счет), тогда как на самом деле имеют средний IQ. Во втором, низкая успеваемость в школе, имитирующая ИН, может быть связана с другими факторами, такими как депрессия или непосещение школы.

Следует также исключить возможность тяжелой средовой депривации (хотя она встречается достаточно редко), которая может проявляться симптомами сходными с ИН (например, обездоленные и недостаточно стимулируемые дети сиротских приютов). Многие дети с расстройствами аутистического спектра также страдают ИН, однако они демонстрируют специфические для этих расстройств симптомы.

В таком случае необходимо выставлять оба диагноза.

**Пограничное интеллектуальное функционирование.** Между «нормальным» и «ниже среднего» IQ нет жесткой границы, что также подтверждается фактом, что для диагноза ИН необходимо наличие психологического нарушения. Индивиды с IQ в диапазоне от 71 до 85 (пограничное интеллектуальное функционирование) составляющие около 7% населения, не настолько неполноценны, чтобы это давало право ставить им диагноз ИН, тем не менее, они сталкиваются с серьезными проблемами из-за ограниченных когнитивных способностей.

Они, возможно, могут заниматься повседневной деятельностью или выполнять простую работу без посторонней помощи, но более уязвимы к стрессовым событиям в жизни, и в результате более предрасположены к психическим расстройствам.

Диагноз интеллектуальной недостаточности (индивиды с IQ в диапазоне от 69 до 35 и ниже, составляющие 1-1,5% населения), основывается на установлении психического дефекта, центральное место в котором занимает недоразвитие интеллектуальных способностей, на обнаружении признаков отставания в психическом развитии в детском и подростковом возрасте, а также отсутствии прогрессивности, т.е. признаков углубления психического дефекта. С целью определения степени тяжести интеллектуального развития используют специальные психологические методы оценки интеллекта. Для уточнения этиологии некоторых форм интеллектуальной недостаточности требуются дополнительные лабораторные и инструментальные исследования.

Дифференцировать интеллектуальную недостаточность необходимо с состояниями, обусловленными педагогической запущенностью (случаи, когда здоровый ребенок лишен условий для правильного умственного развития) и прогрессивными психическими заболеваниями (в первую очередь с шизофренией и эпилепсией, манифестирующими в раннем детском возрасте).

***Никакие медикаменты или другие методы лечения не могут вылечить ИН.***

**Образование.** В целом, дети с ИН менее эффективны в обучении по сравнению с другими. После того, как они подрастают и овладевают элементарными действиями по самообслуживанию, как и другим детям, им нужно посещать школу. В экономически развитых странах, таких как США, каждый ребенок с ИН в возрасте от трех лет до 21 года имеет доступ к бесплатному государственному образованию по индивидуально подобранной программе.

В такой развивающейся стране, как Индия, за последнее время отмечен заметный прогресс в решении проблем, с которыми сталкиваются дети с ИН. Тем не менее, странам с низким уровнем экономического развития еще предстоит пройти длинный путь, прежде чем там будут разработаны эффективные и доступные по средствам вмешательства (Girimaji & Srinath, 2010).

Посещение школы необходимо детям с ИН для обучения не только академическим умениям, но и самодисциплине, а также социальным и практическим навыкам для проживания в обществе. Хотя они испытывают трудности при обучении, опыт и исследования показывали, что многие из них, при использовании правильной педагогической технологии, способны овладевать основными навыками чтения, письма и арифметики.

**Инклюзия против сегрегации.** В последнее время наметилась тенденция обучать детей с ИН, насколько это возможно, в нормальных, а не в специализированных школах (инклюзивное образование). Это особенно касается детей с легкими формами ИН. Однако, в настоящее время недостаточно доказательств, чтобы можно было сравнить опыт интегрированного и сегрегированного обучения детей с легкой – умеренной ИН (Cooney, 2016). Другой подход заключается в организации специальных классов для детей с ИН в нормальных школах (классы с расширенными возможностями).

**Таблица 2.53. Преимущества и недостатки обучения детей с интеллектуальной недостаточностью (ИН) в учреждениях:**

<b>Массовая школа:</b>	
<b>Преимущества:</b>	<b>Недостатки:</b>
- близко расположенная школа к месту проживания;	- большое количество детей в классе;
- приспособление к коллективу;	- множество отвлекающих объектов;
- общение со здоровыми детьми;	- <b>недостаточные условия для сосредоточения;</b>
	- <b>отсутствие спецтехники и рекомендации учителя.</b>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- пример ориентации на успешных, лучших детей;</li> <li>- здоровые дети учатся помогать нуждающимся детям;</li> <li>- поддерживание контакта ребенка с ОВЗ с микросоциумом.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>снижению самооценки из-за</i> постоянного побуждения к действию и конкуренции;</li> <li>- <i>замкнутость, агрессивность, девиантное поведение;</i></li> <li>- <i>насмешки</i>, прозвища коллег за невыполнение трудных заданий;</li> <li>- потеря мотивации учиться, нежелание идти в школу...</li> </ul>
<b>Специальная (вспомогательная) школа:</b>	
<p><b>Преимущества:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- создание специальных условий и соответствующих требований повышают уверенность детей в себе, т. к. нет сравнения со здоровыми, лучшими;</li> <li>- классы маленькие, позволяет больше уделять времени индивидуальной работе; - адекватная оценка детей;</li> <li>- упрощенная программа обучения и элементарным знаний, умений и навыков, с элементами самообслуживания и подготовки к жизни и труду;</li> <li>- создание постоянной ситуации успеха в рамках специального учебного процесса; - учет индивидуальных особенностей темпа работы;</li> <li>- тесная связь между лечением и педагогическим воздействием.</li> </ul>	<p><b>Недостатки:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изоляция,</li> <li>- социальная дискриминация,</li> <li>- отсутствие положительных примеров,</li> <li>- транспортные проблемы.</li> </ul>

Задача специального обучения и воспитания – раннее начало коррекционной работы в целях коррекции умственного дефекта и предотвращения вторичных отклонений. Дети с более тяжелой степенью отсталости могут извлечь выгоду из посещения специализированной школы. Каким бы ни был подход, детям с ИН необходимо обучение (может быть даже в большей степени чем другим детям), для того чтобы максимально способствовать их развитию и повышению шансов на жизнь.

В настоящее время вопрос об обучении детей, страдающих стойким и выраженным нарушением умственной работоспособности вследствие перенесенных заболеваний центральной нервной системы, решается по-новому. Создается все больше школ для детей, которые не справляются с программой массовой школы, не вследствие ИН, а из-за стойкого нарушения умственной работоспособности. Но таких школ еще мало.

Пока еще не разработаны психологические критерии отграничения выраженной церебрастении от стойкой плохой обучаемости детей с ИН.

Поэтому многие психиатры оказываются перед дилеммой — направить ребенка в массовую или во вспомогательную школу. Решить эту дилемму нелегко, но можно, используя не только данные психоневрологов, но и экспериментально-психологические методики.

Дети страдающие длительной церебрастении (врачебный термин «психоорганический синдром») и являющийся еще педагогически запущенным, нуждаются в обучении в специальных учреждениях. Многим детям, обучение в специальных учреждениях позволяет стать полноценной личностью. Если же ребенок страдает только церебрастенией и ему предоставляется возможность провести полгода или год в санаторно-лесной школе, прожить год или два в условиях щадящего режима и необходимого лечения, целесообразно отложить его перевод во вспомогательную школу в надежде на компенсацию состояния.

**Физическая и трудовая терапия** может способствовать общему лечению, поскольку ИН часто сопровождается снижением мышечного тонуса, плохой координацией и медленным развитием двигательных навыков. Терапевт будет иметь возможность составить индивидуальный план лечения, которое можно выполнять дома, в школе, или в другом учреждении.

**Логопедическая помощь.** Речь и язык – очень важные и высокоспециализированные функции. Они служат решающей цели передачи собственных чувств и мыслей другим людям. Дети с ИН часто демонстрируют существенные ограничения этих функций. Исследования показали, что систематическое применение логопедических техник эффективно в стимуляции развития речи, языка и коммуникативных способностей у детей с ИН. Кроме того, детям со



всеми степенями ИН могут помочь дополнительные и альтернативные коммуникативные стратегии (Wilkinson & Hennig, 2007).

**Семейное образование и поддержка.** Дети с ИН имеют те же основные права человека и свободы, что и другие дети, включая право расти в семейном окружении (United Nations, 2006). Однако потребность детей в дополнительном образовании может бросать вызов возможности семьи выполнять свои функции и способности справляться с истощением и изоляцией. Родители детей с ИН, обычно, сообщают о потребностях в более точной информации, психологической поддержке и службах по временному уходу (Bailey et al, 1992). Поддержка родителей должна удовлетворить эти потребности и предупредить возникновения у родителей и других членов семьи чувства безысходности. ВОЗ считает, что для достижения такого эффекта, поддержка для семей должна включать сообщение диагноза и информации о нем, эмоциональную поддержку, семейное консультирование и обучение, вовлечение в принятие решений по проблемам здравоохранения, и создание служб по временному уходу (World Health Organization, 2010).

Диагноз интеллектуальной недостаточности основывается на установлении психического дефекта, центральное место в котором занимает недоразвитие интеллектуальных способностей, на обнаружении признаков отставания в психическом развитии в детском и подростковом возрасте, а также отсутствию прогрессивности, т.е. признаков углубления психического дефекта. С целью определения степени тяжести интеллектуального развития используют специальные психологические методы оценки интеллекта. Для уточнения этиологии некоторых форм интеллектуальной недостаточности требуются дополнительные лабораторные и инструментальные исследования. Дифференцировать интеллектуальную недостаточность необходимо с состояниями, обусловленными педагогической запущенностью (случаи, когда здоровый ребенок лишен условий для правильного умственного развития) и прогрессивными психическими заболеваниями (в первую очередь с шизофренией и эпилепсией, манифестирующими в раннем детском возрасте).

**Прогноз интеллектуальная недостаточности** зависит от степени недоразвития психики, выраженности интеллектуального дефекта, особенностей эмоционально-волевой сферы больных, этиологии. При неосложненной ИН, легкой степени возможна полная социальная адаптация, которая исключает необходимость в наблюдении психиатра, при правильно подобранным медицинских, образовательных учреждениях и услугах. В то же время социальный прогноз глубокой и тяжелой степеней интеллектуальной недостаточности неблагоприятен. Эта категория людей нуждаются в постоянной опеке, лечении, в социальных услугах в системе социального обеспечения.

## **6. Теоретическое и практическое значение правильного определения понятия «интеллектуальная недостаточность».**

Теоретическое значение понятия «интеллектуальная недостаточность» (ИН) состоит в том, что оно способствует более глубокому пониманию сущности аномального психического развития детей. Каждая наука заинтересована в правильном определении предмета ее исследования. Неясное определение предмета приводит к расплывчатости, неопределенности научных исследований в области данной науки.

Ошибочное толкование понятия «интеллектуальная недостаточность» неправильно ориентирует ход научных поисков и исследования в патопсихологии, способствует неправомерному расширению либо сужению состава изучаемых детей.

Нарушения и особенности развития психики у детей могут быть очень разнообразны. Ребенок, отличающийся даже серьезными отклонениями в эмоционально-волевой сфере, но без

труда усваивающий учебную и трудовую программу массовой школы, не рассматривается как ребенок с интеллектуальной недостаточностью.

Если присмотреться к описаниям так называемых «трудных подростков», массовой школы, то легко заметить, что в подавляющем большинстве случаев они формируются из числа с недоразвитием интеллектуальных способностей, хронически отстающих, неуспевающих учеников в младших классах.

Дети у кого имеется поражение либо недоразвитие какого-либо из органов чувств (слабослышащие, слабовидящие) при отсутствии своевременного корректирующего обучения могут не только производить впечатление умственно отсталых, но и фактически отставать по умственному развитию от сверстников. Но если органического поражения головного мозга у ребенка нет, если его нервная система здорова, можно с полной уверенностью отрицать наличие умственной отсталости, поскольку у этого ребенка нет органического поражения головного мозга, его нервные процессы протекают нормально, он **в условиях массовой школы быстро расширит круг своих представлений**, знаний и интересов и его умственное развитие вскоре станет нормальным.

**Педагогически запущенные дети**, лишенные по тем или иным причинам надзора со стороны старших, отстают от своих сверстников по умственному развитию, им часто бывают свойственны дурные привычки и склонности. К началу школьного обучения у них нет стремления учиться. В классе они не могут сосредоточить свое внимание на объяснении учителя, им неинтересно на уроке, не хочется выполнять домашние задания, эти дети не умеют учиться, думать. В результате они не усваивают программу школьного обучения. При этом мешают занятиям всего класса. Создается впечатление, что у них стойко нарушены познавательные процессы. У педагогически запущенных детей нет органического поражения головного мозга, нервные процессы нормальны, их можно и **нужно обучать в массовой школе**. Опыт показывает, что при соответствующем воспитании такие дети могут в дальнейшем нормально развиваться.

**У детей с признаками гидроцефалии** или перенесших в детстве менингоэнцефалит, травму головы либо страдающих на протяжении всей жизни тяжелыми заболеваниями головного мозга могут быть некоторые особенности, странности поведения и характера, однако при этом их познавательная деятельность не пострадала от заболевания, **не являются с ИН**. Возможны случаи, когда какие-либо вредности, например: тяжелое инфекционное заболевание, сотрясение мозга, голод, приводят к некоторым нарушениям нервных процессов. В результате у детей наблюдается временное, преходящее нарушение умственной работоспособности. У таких детей могут наблюдаться более или менее длительные задержки умственного развития. При всем этом они не являются умственно отсталыми. Дефект познавательной деятельности у них не стойкий.

Со временем они догоняют своих сверстников. Отграничение временных, преходящих нарушений умственной работоспособности от стойкого нарушения познавательной деятельности довольно затруднительно, но возможно. Для этой цели должны быть использованы экспериментально-психологические методики.

Дети, у которых вследствие сравнительно легкого поражения центральной нервной системы происходит недоразвитие одного из анализаторов (двигательного или слухового, или зрительного), участвующих в формировании речи, представляют, особую трудность для оценки степени умственного развития

Плохое и позднее развитие речи — это существенное обстоятельство, от которого зависит развитие всей познавательной деятельности ребенка и в особенности его успехи в школе. Эти дети иногда обнаруживают признаки поражения центральной нервной системы и

плохую успеваемость в школе. И все же, если в ходе специальных экспериментально-психологических исследований обнаруживается, что познавательная деятельность таких детей в основном не нарушена, что они сообразительны и легко обучаемы, их также не следует считать умственно отсталыми. При соответствующей логопедической восстановительной работе *они смогут продолжать обучение в массовой или специальной речевой школе по программе массовой школы*. Следовательно, наличие одного лишь второго признака (органическое поражение мозга), является недостаточным для установления ИН.

Только сочетание двух признаков:

1. нарушение познавательной деятельности

2. органическое поражение мозга, вызвавшее это нарушение, свидетельствует о наличии у ребенка ИН.

Если ребенок, который не является с интеллектуальной недостаточности, но только некоторыми своими особенностями похож на него, направляется во вспомогательную школу, он лишается своевременного общего образования, страдает от того, что учится в иной, особой школе, не в такой, в какой учатся его товарищи по дому. Это наносит тяжелую психическую травму не только ребенку, но и его родителям. Кроме того, следует иметь в виду, что обучение ребенка во вспомогательной школе обходится государству намного дороже.

Оставление ребенка с умственной недостаточностью в массовой школе (это происходит большей частью по настоянию родителей) приводит к отрицательным результатам. У некоторых детей в этих условиях возникает отрицательная направленность личности, и даже асоциальное поведение. Без вспомогательной школы, школьнику в будущем едва ли удастся стать в ряды трудящихся.

Правильный отбор школы важен не только для детей и их родителей, но и для правильного составления образовательных коррекционных программ обучения данной категории детей, для оказания целенаправленных коррекционных образовательных услуг, для подбора специальностей профессиональной подготовки и для правильной организации сети образовательных учреждений.

Крайне важно оказывать помощь и поддержку детям с ИН. Это означает, что помощь должна быть персонализированной, с учётом предварительной оценки индивидуальных особенностей и потребностей каждого человека. Важно иметь в виду, что не все индивиды с ИН одинаковы, что не все нуждаются в одном и том же типе помощи или её интенсивности в той или иной жизненной сфере или виде деятельности. Таким образом, в настоящее время главным является планирование и разработка системы поддержки людей с ИН на основе индивидуального подхода, с учётом желаний и потребностей, жизненного опыта таких людей, их сильных (а не слабых) сторон, в целях повышения общего качества жизни.

Если ребенка, который должен быть отнесен к числу с интеллектуальной недостаточностью, направляют в массовую школу, он оказывается в числе хронически не успевающих учеников, начинает ненавидеть учение и мешать работе класса.

Такие ученики становятся не только неуспевающими, недисциплинированными, но и будущими правонарушителями или в лучшем случае инвалидами социального обеспечения.

Правильный отбор способствует тому, что дети с интеллектуальной недостаточностью после окончания специальных вспомогательных учреждениях становятся в ряды трудящихся, могут жить нормальной жизнью среди окружающих их людей.

Обучение детей с реальной интеллектуальной недостаточностью в сети специальных общеобразовательных учреждениях, обходиться государству намного дешевле, чем пожизненное содержание этих детей в системе социального обеспечения!

Дети с интеллектуальной недостаточностью, обучающиеся в сети специальных общеобразовательных учреждений, получая необходимые коррекционные услуги, становятся самостоятельными гражданами, приносят пользу государству и обществу.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Назовите основные синдромы, ассоциированные с интеллектуальной недостаточностью.
2. Чем вызван Синдром Дауна?
3. Назовите общие симптомы синдрома Дауна.
4. Чем вызваны умеренная и тяжелые степени интеллектуальной недостаточности (ИН) при синдроме Дауна?
5. Чем отличается синдром Дауна от синдрома ломки X- хромосомы (известный также как синдром Мартина Белла, синдром Эскаланте, FXS)?
6. Назовите общие признаки синдрома Мартина-Белла?
7. Чем вызвана ИН при синдроме Мартина-Белла?
8. В каких дополнительных образовательных услугах нуждаются дети при синдроме Мартина-Белла?
9. Что является характерным для синдрома Вильямса (Уильямса) или синдром «лица эльфа»?
10. Какой физический фенотип при синдроме Вильямса?
11. Каковы общие признаки и симптомы при синдроме Вильямса?
12. Чем вызвана ИН при синдроме Вильямса?
13. В чем проявляется ИН при синдроме Вильямса?
14. В каких дополнительных образовательных услугах нуждаются дети при синдроме Вильямса?
15. Чем отличается синдром Ангельмана от синдрома Прадера-Вилли?
16. Какие проявления ИН характерны при синдромах Ангельмана и Прадера-Вилли?
17. Какие образовательные услуги предназначаются детям при синдромах Ангельмана и Прадера-Вилли?
18. Какими проявлениями отличается синдром (болезнь) кошачьего крика или синдром Лежёна, также известный, как 5p синдром от остальных вышеперечисленных синдромов?
19. Какими проявлениями отличаются синдромы Тернера (Шерешевского-Тернера) от Клайнфельтера?
20. Какими проявлениями отличается синдром Леша-Нихена от всех вышеперечисленных синдромов?
21. В чем проявляется ИН при синдроме Леша-Нихена?
22. Что является общим для основных синдромов, ассоциированных с интеллектуальной недостаточностью?
23. Назовите основные болезни, вызванные наследственными дефектами метаболизма.
24. В чем проявляется ИН при наследственных болезнях метаболизма.
25. Дайте характеристику ИН, вызванную вирусом краснухи.
26. В чем проявляется ИН, обусловленная алкоголизмом матери?
27. Какие сопутствующие заболевания детей при алкоголизме матери?
28. В чем проявляются степени тяжести ИН детей, при алкоголизме матери?
29. Назовите основные инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) от матери ребёнку.

30. В чем проявляется ИН детей, вызванная паразитарными инфекциями ИППП?
31. Какие виды трихоносов могут существовать в организме человека?
32. Чем чреват трихомониаз для интеллектуального развития детей?
33. Чем отличается токсоплазмоз от трихомониаза?
34. Какие характерные признаки при врожденном токсоплазмозе у детей?
35. Какие бактериальные инфекции ИППП вызывают ИН у детей?
36. Чем чревата хламидийная инфекция для новорожденных?
37. Назовите виды врожденного сифилиса у детей.
38. Назовите причины, симптомы и осложнения при врожденном сифилисе у детей.
39. Чем отличаются проявления инфекции гонореи и хламидии у новорожденных?
40. В чем проявляется ИН у детей при инфекции ИППП?
41. Назовите самые опасные вирусные инфекции ИППП от матери ребёнку.
42. В чем проявляется ИН у детей, обусловленная вирусными инфекциями (ИППП) от матери ребёнку?
43. Как проявляется врожденный герпес у новорожденных детей?
44. Какие степени тяжести ИН встречаются у детей инфицированных вирусом герпеса?
45. Назовите признаки цитомегаловируса при рождении у детей.
46. В чем проявляется ВИЧ инфекция у новорожденных детей?
47. Какие категории симптоматики встречаются у детей при ВИЧ инфекции?
48. Расскажите о проявлениях ВИЧ-инфекции у детей.
49. Какие степени тяжести ИН встречаются у детей при ВИЧ инфекции?
50. Расскажите о состояниях умственного недоразвития, вызванные действием вредностей во время родов или в первые месяцы и годы жизни.
51. Чем отличается понятия «задержка развития» от интеллектуальной недостаточности?
52. Что такое пограничная интеллектуальная недостаточность по сравнению с ИН?
53. Назовите преимущества и недостатки обучения детей с ИН в общеобразовательных и специальных учреждениях.
54. Какие дети с психологическими расстройствами должны обучаться в общеобразовательных учреждениях?
55. Какие специальные условия должны быть созданы для обучения этих детей?
56. Расскажите о практическом значении правильного определения понятия «интеллектуальная недостаточность».
57. Почему для детей с ИН необходимо обучаться в специализированных учреждениях?
58. Что предусматривают интернациональное законодательство о правах детей с ИН на образование?
59. В каких зарубежных государствах существует развитая сеть специальных учреждений, предназначенных для детей с ИН?
60. Назовите специальные учреждения для детей с ИН в Республике Молдова.

### **Задания для самостоятельной работы:**

1. Заполните таблицу классификация дифференцированных форм интеллектуальной недостаточности ИН:

Дифференцированные формы умственной отсталости	Краткое описание
Наследственно обусловленные формы	1. Синдромы с множественными врожденными аномалиями: - Хромосомные заболевания - Генетические синдромы с неясным типом



	наследования - Моногенно наследуемые синдромы 2. Наследственные дефекты обмена 3. Факаматозы 4. Неврологические и нервно-мышечные заболевания с умственной отсталостью	
ИН смешанной (наследственно экзогенной) природы	1. Мимикроцефалия 2. Гидроцефалия 3. Краниостеноз 4. Врожденный гипотиреоз	
Экзогенно обусловленные формы ИН	1. Алкогольная фетопатия 2. Инфекционные эмбриофетопатии	

## 2. Заполните следующую таблицу

Факторы	Описание факторов	Ассоциируемые болезни	Краткое описание	Образовательные услуги
Перинатальные (внутриутробные)				
Натальные				
Постнатальные				
Социальные				

**Практическая работа:**

Проанализируйте нижеследующие предлагаемые уровни адаптивного поведения при интеллектуальной недостаточности (ИН). Американская ассоциация изучения ИН умственной отсталости предлагает рассматривать понятие *адаптивного поведения и адаптивных навыков*, которые считаются очень важным при диагностике ИН. Было выделено 4, основных уровня адаптации, которые варьировали от легкой степени дезадаптации до полного ее отсутствия. В нижеследующей таблице классификация ИН дается на основании показателей социальной адаптации.

<b>Таблица Уровни адаптивного поведения при ИН</b>			
<b>Степень ИН</b>	Дошкольный период (0–5 лет): развитие и созревание	Школьный период (6 лет–21 год): воспитание и образование	Взрослые (старше 21 года): социальная и профессиональная достаточность
Легкая ИН Коэффициент интеллекта (IQ) – 50–69	Возможность развития социальных, коммуникативных навыков. Минимальные отклонения в сенсомоторной сфере. Трудности отграничения от нормы на ранних этапах развития.	Способность к овладению учебными навыками в объеме 4 класса начальной школы. Невозможность овладения учебными предметами, которые изучаются в старших классах. <u>Требуется специальное обучение</u> , особенно в средней школе (обучаемый).	Способность к социально-профессиональной адаптации при соответствующем обучении. Время от времени нуждается в руководстве и наблюдении в условиях сложных стрессовых ситуаций.
Умеренная ИН Коэффициент интеллекта (IQ) – 35–49	Достаточное моторное развитие. Способность к: - овладению речью/навыками коммуникации; - навыками самообслуживания. Слабая социальная осведомленность.	Способность к овладению школьными навыками в объеме 4 класса в позднем отрочестве <u>при условии предоставления специального обучения</u>	Способен к самостоятельности в приобретенных профессиях, не требующих высокой квалификации; нуждается в контроле и помощи в условиях незначительных стрессовых ситуаций социально-

	Значительно нуждается в помощи.		экономического плана
Тяжелая ИН Коэффициент интеллекта (IQ) – 20—34	Слабое моторное развитие; минимальное развитие речи, <b>общая неспособность овладения</b> навыками самообслуживания; Навыки коммуникации незначительные или отсутствуют	Способность к овладению: речью/навыками коммуникации; - элементарными навыками самообслуживания. - к овладению простых действий уборки (тренируемый), при условии специального обучения в специальных учреждениях. <b>Неспособность</b> к овладению учебными навыками.	Частичная возможность самообслуживания при полном наблюдении. Возможность формирования навыка самозащиты в полностью контролируемом окружении
Глубокая ИН Коэффициент интеллекта (IQ) до 20	Грубое отставание в развитии; минимальная способность функционирования в сенсомоторной области; нуждается в домашнем уходе	Ограниченное моторное развитие; невозможность овладения навыками самообслуживания; нуждается в полном уходе	Ограниченное моторное и речевое развитие; полностью неспособен к самообслуживанию; нуждается в уходе и контроле

### Литература:

1. Азбукина Е.Ю., Михайлова Е.Н. Основы специальной педагогики и психологии: учебник. Томск: Изд-во Томск. гос. пед. ун-та, 2006. 335 с.
2. Амасьянц Р.А., Амасьянц Э.А. Интеллектуальные нарушения: учебное пособие. М.: Педагогическое общество России, 2004. 155 с.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 238 с.
4. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. — М.: «Просвещение», 1973.
5. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения ЗПР у детей // Дефектология. 1975. № 6. С. 8-17.
6. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Том 5. Основы дефектологии. Москва, Издательство Педагогика – 1983 год - 368 с. - (Акад. пед. наук СССР).
7. Ильина М. Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. СПб.: Питер, 2006. - 368 с.
8. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков // Руководство для врачей. СПб: Речь, 2003. 391 с.
9. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. 4-е изд., испр. и доп.. Издательство: Каро, 2018. С. 304 ISBN: 978-5-9925-1318-9
10. Козорез Е. И., Тумаш О. Л., Калачева О. В., Анищенко Е. В. ВИЧ-инфекция у детей. Учебно-методическое пособие. Гомель ГомГМУ, 2013. С – 68. ISBN 978-985-506-543-3.
11. Певзнер М. С., Лубовский В. И., Пекелис Э. Я., Зислина Н. Н. Дети с отклонениями в развитии. Отграничение олигофрении от сходных состояний. - М.: «Просвещение», 1966.
12. Певзнер М. С., Лебединская К. С. Учащиеся вспомогательной школы: клинико-психологическое изучение. - М.: «Педагогика», 1979.
13. Saxena S, Esparza P, Regier DA et al (eds). Public health aspects of diagnosis and classification of mental and behavioral disorders. Refining the research agenda for DSM-5 and ICD-11. Arlington: American Psychiatric Association and World Health Organization, 2012.
14. Свищева Тамара Яковлевна. Рак, инфаркт, СПИД. Редактор: Кудряшова А. Г. Серия: Паразиты вне и внутри нас. Издательство: Диля, 2015 г. с. 608. ISBN: 978-5-4236-0216-1).
15. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. Т. II.
16. <http://pedlib.ru/Books/6/0360/index.shtml?fr>

## 2.8. КОРРЕКЦИОННЫЕ УСЛУГИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ.

Содержание:

1. Психосоциальная реабилитация детей с особыми возможностями здоровья.
2. Дополнительные коррекционные образовательные услуги в условиях общеобразовательных учреждениях.
3. Услуги социального работника и педагога психолога.
4. Платные дополнительные образовательные услуги.

**1. Психосоциальная реабилитация детей с особыми возможностями здоровья.** Психосоциальная реабилитация — это постоянный, непрерывный процесс, включающий в себя комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и профессиональных мер, который дает возможность детям с ОВЗ, в том числе и детям инвалидам, в результате психических расстройств и с ИН достичь своего оптимального уровня, независимого функционирования в обществе.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические стратегии. Целью реабилитации является улучшение качества жизни и социального функционирования детей с ОВЗ посредством преодоления их социальной отчужденности, а также повышение их активной жизненной и гражданской позиции.

### Задачи реабилитации:

- уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады - лекарственных препаратов и психотерапевтических методов лечения, психосоциальных вмешательств и педагогических коррекционных услуг
- повышение социальной компетентности детей с ОВЗ путем развития навыков общения, навыков знаний, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности;
- уменьшение дискриминации и стигмы;
- поддержка семей, в которых воспитываются дети с ОВЗ;
- создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение, по меньшей мере, базовых потребностей детей и их семей, обеспечением жильем, трудоустройством, организация досуга, создание социальной сети (круга общения);
- повышение автономии (независимости) детей с ОВЗ.

**2. Дополнительные коррекционные образовательные услуги в условиях общеобразовательных учреждений.**

*Коррекционная работа в обязательной части (70 %) реализуется в учебной урочной деятельности при освоении содержания основной образовательной программы.* На каждом уроке учитель-предметник ставит и решает коррекционно-развивающие задачи.

Содержание учебного материала отбирается и адаптируется с учетом особых образовательных потребностей учащихся с ОВЗ. Освоение учебного материала этими школьниками осуществляется с помощью специальных методов и приемов. Также эта работа осуществляется *в учебной внеурочной деятельности в группах класса, в группах на параллели, в группах на уровне образования по специальным предметам.*

В учебной внеурочной деятельности планируются коррекционные занятия со специалистами (педагог-психолог, социальный педагог) по индивидуально ориентированным коррекционным программам.

*Во внеурочной деятельности коррекционная работа осуществляется по адаптированным программам* дополнительного образования разной направленности (художественно-эстетическая, оздоровительная, ритмика и др.), опосредованно стимулирующих и корригирующих развитие школьников с ОВЗ.

Для развития потенциала учащихся с ОВЗ специалистами и педагогами с участием самих учащихся и их родителей (законных представителей) разрабатываются индивидуальные учебные планы. Реализация индивидуальных учебных планов для детей с ОВЗ осуществляется педагогами и специалистами и сопровождается дистанционной поддержкой, а также поддержкой тьютора школы.

При реализации содержания коррекционной работы распределяются зоны ответственности между учителями и разными специалистами, описываются их согласованные действия (план обследования детей с ОВЗ, особые образовательные потребности этих детей, индивидуальные коррекционные программы, специальные учебные и дидактические, технические средства обучения, мониторинг динамики развития и т. д.). Обсуждения проводятся на внутри школьной медико-психолого-педагогической комиссии.

Механизм реализации программы коррекционной работы раскрывается в учебном плане, во взаимосвязи программ коррекционной работы и рабочих коррекционных программ, во взаимодействии разных педагогов (учителей предметников, педагога дополнительного образования, педагога психолога, социального педагога, медицинского работника), с образовательными организациями, осуществляющими дополнительную образовательную деятельность.

*При обучении детей с легкой ИН* следует учитывать, что учащиеся могут путать графически сходные цифры и буквы, похожие по звучанию слова. Педагогам следует учитывать трудности в распределении внимания, замедленную переключаемость, невозможность сосредоточиться на каком-то одном виде деятельности детей с диагнозом «олигофрения».

**Занятия в школах для учащихся с ИН проводят по адаптированным образовательным программам с учетом их психофизических возможностей.** Наименование предметов и количество часов, отводимых на их изучение, определяется учебным планом в соответствии с приказом Министерства Образования Культуры и Исследования Республики Молдова.

*Учебный план для детей с умеренной ИН* предусматривает индивидуализацию обучения и формирование навыков самообслуживания. Таким детям необходимо поэтапное обучение, постоянный присмотр (уход). *Детям с тяжелой ИН* требуется помощь в формировании коммуникативных функций. Тяжелая олигофрения определяет необходимость занятий по развитию речи, двигательных функций, крупной и мелкой моторики. Специальные индивидуальные программы развития (СИПР) для детей с глубокой ИН предусматривает обучение на дому или в условиях специализированных медицинских учреждений. Программа определяет комплексное сопровождение детей с множественными нарушениями развития, включающее их обучение и сотрудничество с родителями, воспитывающими ребенка с тяжелой инвалидностью.

<b>Таблица 2.54. Разновидности учебных адаптированных программ для разных категории детей с ограниченными интеллектуальными возможностями</b>			
<b>Варианты программ для детей нарушениями с психологического развития (ЗПР)</b>		<b>Варианты программ для детей с интеллектуальной недостаточностью (ИН)</b>	
<b>1-й вариант</b>	<b>2 вариант</b>	<b>3-й вариант 3</b>	<b>4-й вариант</b>
<b>Первый вариант адаптированной программы:</b> Ребенок обучается по общему с детьми (без ОВЗ) учебному плану. Его особые образовательные		<b>Третий вариант адаптированной программы:</b> Обучение по третьему варианту ОВЗ означает, что у ребенка при ведущем нарушении, обозначенном	

<p>потребности удовлетворяются в ходе внеурочной работы и, соответственно, необходимого сопровождения. Обучающийся с ЗПР получает образование находясь в среде сверстников, не имеющих ограничений по возможностям здоровья и получает документ об образовании на ряду со сверстниками.</p>	<p>в стандарте (глухие, слабослышащие, позднооглохшие, слепые, слабовидящие, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с расстройствами аутистического спектра), имеется ИН (интеллектуальные нарушения) в легкой степени выраженности (F 70 в соответствии с МКБ-11). 3-й вариант адаптированной программы предполагает выдачу свидетельства об обучении.</p>
<p><b>Второй вариант адаптированной программы:</b> Обучающийся с ЗПР, характеризуются уровнем развития несколько ниже возрастной нормы. Обучение по второму варианту свидетельствует о том, что уровень сложности образовательной программы должен быть ниже, а в учебный план включены дисциплины коррекционно-развивающей области. Продолжительность обучения учащиеся с ЗПР обучающиеся по второй программе, на 1-2 года больше. Обучающийся с ЗПР по данной программе получает образование, сопоставимое по итоговым достижениям к моменту завершения обучения с образованием обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья.</p>	<p><b>Четвертый вариант адаптированной программы:</b> предназначен для обучающихся с ИН (умеренной, тяжелой, глубокой степени, тяжелыми и множественными нарушениями развития). Обучение по четвертому варианту ОВЗ означает, что основному нарушению (слуха, зрения, нарушениями опорно-двигательного аппарата, с расстройствами аутистического спектра) сопутствует ИН (умственная отсталость) в умеренной или более тяжелой степени (F71, F72 в соответствии с МКБ-11). На основе данного варианта программы, образовательная организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР).</p>
<p>ЗПР имеет временный и временной характер</p>	<p>ИН – это стойкое нарушение</p>

**3-й вариант** предполагает, что обучающийся получает образование, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников, не имеющих дополнительные ограничения по возможностям здоровья, в пролонгированные сроки (*для обучающихся с нарушением* слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, расстройством аутистического спектра *и ИН*).

*Обучение по третьему варианту* ОВЗ означает, что у ребенка при ведущем нарушении, обозначенном в стандарте (глухие, слабослышащие, позднооглохшие, слепые, слабовидящие, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с расстройствами аутистического спектра), **имеется ИН** (интеллектуальные нарушения) в легкой степени выраженности (**F 70 в соответствии с МКБ-11**). Академический компонент образовательной программы в этом случае не имеет первоочередного значения, особое внимание уделяется развитию сферы жизненной компетенции. Вариант 3 ОВЗ (вариант 1 (ИН) предполагает выдачу свидетельства об обучении.

**4-й вариант** предполагает, что обучающийся получает образование, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников, не имеющих дополнительные ограничения по возможностям здоровья, в пролонгированные сроки (*для обучающихся с ИН (умеренной, тяжелой, глубокой степени, тяжелыми и множественными нарушениями развития)*). На основе данного варианта программы, образовательная организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР).

*Обучение по четвертому варианту* ОВЗ означает, что основному нарушению (из перечисленных выше) *сопутствует ИН (умственная отсталость) в умеренной или более тяжелой степени (F71, F72 в соответствии с МКБ-11)*. Ребенок обучается по специальной индивидуальной программе развития (СИПР), содержание которой устанавливается исходя из его актуальных возможностей. Вариант 4 ОВЗ (вариант 2 (ИН) означает необходимость получения образования по специальной индивидуальной программе развития (далее — СИПР).



*Подобные программы принципиально отличаются по содержанию и формам организации образовательного процесса;* специальные условия, позволяющие работать с ребенком, в каждом случае конкретизируются ПМПК. В большинстве случаев условия, соответствующие особым образовательным потребностям таких обучающихся, могут быть созданы, в том числе на базе различных центров, реализующих комплексную помощь детям с ОВЗ.

Каждый вариант адаптированной программы обучающихся с интеллектуальными ограниченными возможностями, содержит различные требования к структуре, результатам освоения и условиям ее реализации, обеспечивающие удовлетворение как общих, так и особых образовательных потребностей разных групп или отдельных обучающихся, получение образования вне зависимости от выраженности задержки психического развития, места проживания обучающегося и вида организации. При необходимости может быть создано несколько учебных планов, в том числе индивидуальные модифицированные учебные планы, учитывающие образовательные потребности групп или отдельных обучающихся с ограниченными интеллектуальными возможностями. Если у ребенка есть еще инвалидность, то программа дополняется индивидуальной программой реабилитации инвалида в части создания специальных условий получения образования. В соответствии с Законом лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным общеобразовательным программам, выдается свидетельство об обучении по образцу и в порядке, которые устанавливаются МОКИ, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

**Взаимодействие включает в себя следующее:** - комплексность в определении и решении проблем учащегося, предоставлении ему специализированной квалифицированной помощи; - многоаспектный анализ личностного и познавательного развития учащегося; - составление комплексных индивидуальных программ общего развития и коррекции отдельных сторон учебно-познавательной, речевой, эмоционально-волевой и личностной сфер ребенка.

<b>Таблица 2.55. Направления общеобразовательных услуг развития детей с ОВЗ в образовательном процессе</b>		
№	Направления развития	Содержание развития
1.	Интеллектуальное развитие	Развитие мышления, ума, познавательных процессов, в том числе сообразительности, гибкости, самостоятельности, критичности ума, а также предметных и специальных знаний, умений и навыков.
2.	Волевое развитие	Развитие инициативы, настойчивости, умения преодолевать трудности, владеть собой, действовать самостоятельно и других качеств личности.
3.	Речевое развитие	
4.	Эмоциональное развитие	Формирование эмоционального отношения ребенка к предмету творчества, умения понимать эмоциональные состояния и управлять своими эмоциями и чувствами.
5.	Моторное развитие	
6.	Мотивационное развитие	Развитие потребностей, мотивов и целей ребенка, в том числе мотивов учения, мотивов к познанию и творчеству, побуждающих детей к овладению способами познания, творчества, активности в творческой и учебной деятельности.
7.	Развитие предметно-практических сфер	Развитие специальных способностей детей — музыкальных, художественных, лидерских, исследовательских и др. и умения применять их в жизни.
8.	Развитие экзистенциальной сферы детей	Развитие способностей ребенка управлять своими физическими и психическими состояниями, умений держать их на должном уровне, гармонии чувств и поступков, слова и дела и других умений, позволяющих формировать собственную «Я-концепцию».

9.	Сфера саморегуляции	Развитие активного внимания, моторно-слуховой памяти, наблюдательности, умения концентрироваться, а также формирование навыков анализа жизненных ситуаций, обучение навыкам осознанного поведения, самокритичности, рефлексии и др.
Социальная поддержка детей с ОВЗ		
№	Направления поддержки	Содержание социальной поддержки
1.	Правовая поддержка	Защита прав ребенка, его человеческого достоинства
2.	Экономическая поддержка	Экономическая поддержка ребенка через его участие в учебно-производственной и внебюджетной деятельности УДО, предоставление льгот детям из малообеспеченных семей
3.	Психолого-педагогическая поддержка	Поддержка детей, оказавшихся в особо трудном положении, — инвалидов, сирот, детей из неполных семей и семей повышенного риска
4.	Социальная поддержка	Помощь в освоении среды, нахождении вариантов решения типичных проблем, возникающих в процессе социального взаимодействия в образовательных учреждениях (ОУ)
5.	Практическая поддержка	Помощь в приобретении практических умений и навыков, которые помогут ребенку в будущей жизни — личной, профессиональной, семейной

**Планируемые результаты коррекционной работы.** Программа коррекционной работы предусматривает выполнение требований к результатам, определенным Министерством Образования Культуры и Исследований (МОКИ) Республики Молдова. Планируемые результаты коррекционной работы имеют дифференцированный характер и определяются адаптированными и индивидуальными программами развития детей с ОВЗ.

Адаптированная образовательная программа (АОП) – предназначена для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (лица с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, с нарушениями речи, интеллекта, расстройствами аутистического спектра), детей инвалидов с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц. Индивидуальный образовательный маршрут - это персональный путь реализации личностного потенциала ребенка (воспитанника) в образовании и обучении. В зависимости от формы организации коррекционной работы планируются разные группы результатов (личностные, метапредметные, предметные). В урочной деятельности отражаются предметные, метапредметные и личностные результаты. Во внеурочной – личностные и метапредметные результаты. Личностные результаты – индивидуальное продвижение учащегося в личностном развитии (расширение круга социальных контактов, стремление к собственной результативности и др.). Образовательные услуги для детей с ОВЗ предоставленные по индивидуальной образовательной программе, представляют документ, определяющий специфику освоения содержания образовательного стандарта на основе рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии и консилиума образовательного учреждения, комплексной диагностики особенностей личности ребенка, ожиданий родителей с целью создания условий для максимальной реализации особых образовательных потребностей ребенка в процессе обучения и воспитания.

Индивидуально образовательная программа (ИОП) направлена на преодоление несоответствия между процессом обучения детей с инвалидностью с тяжелыми нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, соматическими заболеваниями (при условии сохранности интеллектуальной сферы) по образовательным программам определенной ступени образования и реальными возможностями ребенка, исходя из структуры его заболевания, познавательных потребностей и интересов.

Метапредметные результаты – овладение обще учебными умениями с учетом индивидуальных возможностей; освоение умственных действий, направленных на анализ и управление своей деятельностью; сформированность коммуникативных действий, направленных на сотрудничество и конструктивное общение и т. д.

<b>Таблица 2.56. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация детей с ОВЗ, включительно детей с ИН, включает следующие виды услуг:</b>			
Медицинские услуги	Образовательные услуги:	Дополнительные образовательные (платные) услуги:	Социальные и юридические услуги
Медикаментозное лечение Лечебный массаж Физиотерапевтические Ортопедические Стоматологические Медицинские процедуры	1. Обязательные учебные урочные услуги: - коррекционно-педагогические; - логопедические; - психологические; - трудовая арт-терапия; - музыкотерапия; - лечебная физкультура - социально-бытовые; 2. <b>Внешкольные образовательные услуги:</b> - арт-терапия; - изотерапия; - кинезиологические (ритмика, танцы); - еуритмика; - библиотерапия; - сказкотерапия и т.д.	- плавание; - дельфинотерапия; - гипнотерапия; - АБА терапия - снузелен терапия	

Предметные результаты определяются совместно с учителем – овладение содержанием общеобразовательных программ (конкретных предметных областей; подпрограмм) с учетом индивидуальных возможностей разных категорий детей с ОВЗ; индивидуальные достижения по отдельным учебным предметам (умение учащихся с нарушенным слухом общаться на темы, соответствующие их возрасту; умение выбирать речевые средства адекватно коммуникативной ситуации; получение опыта решения проблем и др.).

Планируемые результаты коррекционной работы включают в себя описание организации и содержания промежуточной аттестации учащихся в рамках урочной и внеурочной деятельности по каждому классу, а также обобщенные результаты итоговой аттестации на основном уровне обучения. Достижения учащихся с ОВЗ рассматриваются с учетом их предыдущих индивидуальных достижений, а не в сравнении с успеваемостью учащихся класса. Это накопительная оценка (на основе текущих оценок) собственных достижений ребенка, а также оценка на основе его портфеля достижений. К обязательным общеобразовательным услугам, проводимые в урочное время, предназначенные детям с ОВЗ, относятся следующие дополнительные дисциплины: логопедия, лечебная физкультура, социально-бытовая ориентация, трудовая арт-терапия, ритмика, еуритмика, изотерапия.

<b>Таблица 2.57. Обязательные общеобразовательные услуги</b>
<p><b>Услуги лечебной физкультуры</b> показаны на всех этапах развития сколиоза, но более успешные результаты дает при начальных формах. Методика ЛФК определяется степенью сколиоза: при сколиозе I, III, IV степени она направлена на повышение устойчивости позвоночника (стабилизацию патологического процесса), а в то время как при сколиозе II степени - еще и на коррекцию деформации. Физические упражнения: - оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляя мышцы туловища; - позволяют добиться корректирующего воздействия на деформацию, улучшить осанку, функцию внешнего дыхания; - дают общеукрепляющий эффект.</p> <p>Комплекс средств ЛФК, применяемых при консервативном лечении включает в себя: - лечебную гимнастику; - упражнения в воде; - массаж; - коррекцию положением; - элементы спорта.</p> <p>Противопоказаны физические упражнения, увеличивающие гибкость позвоночника и приводящие его к перерастяжению. ЛФК сочетается с режимом сниженной статической нагрузки на позвоночник. Упражнения лечебной гимнастики должны служить укреплению основных мышечных групп, поддерживающих позвоночник: мышц, выпрямляющих позвоночник; косых мышц живота; квадратных мышц поясницы, подвздошно-поясничных мышц и др. Из числа упражнений, способствующих выработке правильной осанки, используются упражнения на равновесие, балансирование, с усилением зрительного контроля и др. Услуги трудотерапии. Трудотерапия, обучение труду, способствует целенаправленной реализации потенциальных возможностей детей с ОВЗ, в особенности детей с ИН, широкому вовлечению их в общественно полезный труд. В ходе обучения воспитанники получают</p>

различную трудовую подготовку. Труд есть сознательная, целесообразная, созидательная деятельность человека, направленная на удовлетворение материальных и духовных потребностей, развивающая физические и духовные сущностные силы, а также нравственные качества личности. **На каждого ребёнка должны быть подготовлены специальные индивидуальные программы развития (СИПР)** на основе заключений психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПк), в которых определены задачи обучения и воспитания, с учетом индивидуальных особенностей. Особое место в организации работы по формированию умений и навыков самостоятельной трудовой деятельности воспитанников отводится самообслуживанию. Может показаться, что такие навыки элементарны. На самом деле, для детей с ИН это огромный титанический труд. Встречаются случаи, когда один навык прививается довольно продолжительное время (от полугода, года и более).

**Трудотерапия** – привлечение детей с ОВЗ к – выполнению простейших индивидуальных поручениях, к трудовым действиям, - обучение трудовым навыкам в природе, посильное участие в ежегодном конкурсе по благоустройству территории и т.д. Воспитанники постепенно вникают в особенности работы и самостоятельно, под руководством педагогов, выполняют посильные трудовые операции по уходу за растениями, птицами и животными в экологической студии. Посредством обучения труду, осуществляется предпрофессиональная подготовка: воспитанники осваивают элементарные навыки швеи, дворника, грузчика, официанта. Дети с удовольствием берутся за любые дела, выполняют поручения взрослых, помогают в работе. Для воспитанников должна быть оборудована тренировочная комната, где созданы все условия домашнего быта. Это помогает им приобретать навыки владения бытовыми приборами. Овладение элементарными трудовыми умениями более доступно для детей с интеллектуальными проблемами, чем умственная деятельность. В различные трудовые мастерские должны быть созданы все условия для художественно-эстетического труда. В мастерские художественного труда воспитанники овладевают новыми технологиями изготовления поделок из бросового и природного материала, осваивают технологии канзаши (поделки из атласных лент), ЭБРУ (рисование на воде), биссероплетение и т.д.

**Занятия ручным трудом** способствуют формированию определенных навыков и умений самостоятельной работы. Дети с нарушением интеллекта могут не просто выполнять какие-то действия, а под руководством педагога своими руками сделать что-то красивое: изготовить счётный материал, игрушки для малышей, открытки различных видов и т.д. Воспитатели, умело направляя действия детей, помогают им почувствовать значимость выполняемой работы. В столярной мастерской юноши приобретают навыки работы с инструментами, оказывая посильную помощь учебному учреждению: ремонтируют мебель, спиливают сухие ветки деревьев, благоустраивают территорию учреждения малыми архитектурными постройками, изготавливают скворечники и кормушки для птиц. Все мастерские должны быть оснащены необходимыми материалами, инструментами, оборудованием. Педагоги владеют методикой работы с детьми со сложной структурой дефекта, используют дифференцированный подход.

**Услуги дисциплины социально-бытовой ориентации.** Главная задача - помочь детям с ограниченными возможностями здоровья приобрести независимость и самостоятельность в повседневной жизни. Цели проводимых педагогом занятий – способствовать развитию слухового и зрительного восприятия, внимания, мышления, мелкой моторики рук, тактильных ощущений, координации движений, культурно гигиенических навыков, навыков самообслуживания и социально-бытовой адаптации. Творческие задания (лепка из солёного теста, заливка форм из гипса) формируют и развивают воображение, мелкую моторику, произвольное внимание, творческие способности, воспитывают уверенность в себе. Работа в подгруппе помогает детям с нарушениями развития успешно социализироваться и адаптироваться среди сверстников. Глядя на других, дети, пытаются подражать, делают сами, учатся делиться и т.д. - для развития культурно-гигиенических навыков педагог использует детские игровые наборы («ванна», «душ», «раковина», «горшок» и др.), которые формируют и закрепляют знания о распорядке дня, предметах и их необходимости, назначении; навыки самообслуживания и самостоятельности; понимание температурных различий и др.; - для развития социально-бытовых навыков и умений - игровые наборы бытовой техники («плита», «холодильник», «духовой шкаф»); огромный выбор детской посуды разных форм, размеров и цветовой палитры, что формирует и закрепляет знания о бытовой технике, технике безопасности. Полезно и интересно для детей использование специальной посуды с ограничителем: вилки, ложки, ножа, тарелки, которые развивают и формируют умения пользоваться столовыми приборами и посудой, сервировать стол, формировать аккуратность. Игровые наборы «овощи-фрукты» из разного материала (дерево, пенопласт, резина, пластмасса) формируют знания о разнообразии продуктов, их пользе; помогают классифицировать овощи и фрукты; учат, где и что можно хранить; - для формирования и развития тактильных ощущений и мелкой моторики используются материалы с разными фактурными поверхностями (шнуровки, липучки, пазлы, мозаики, кубики, мячи, конструкторы); применяются

игровые методы М. Монтессори (рамки застёжки, кувшины для пересыпания, переливания и т.д.). Важнейший метод работы коррекционного педагога - стимулирование и мотивация деятельности и поведения ребенка (эмоциональное воздействие). В своей работе педагог использует самые простые приемы: построить и разрушить башню, неожиданно споткнуться, выронить что-то из рук, сменить интонацию голоса. **Развитие навыков самообслуживания у детей с ОВЗ не происходит самостоятельно.** Обучение этим навыкам - целое направление работы специалистов и родителей, в основе которого лежит пошаговая система, учитывающая возможности ребенка на данном этапе развития. Наглядный материал для занятий по социально-бытовой адаптации подбирается по принципу получения максимума разносторонней информации об изучаемых объектах или явлениях. Детей знакомят с предметами ближайшего окружения (мебелью и оборудованием на кухне, бытовыми приборами, посудой и т.д.), учат выполнять с ними действия по назначению. При формировании навыков социальный педагог опирается на уже имеющиеся умения. Каждый навык представляет собой последовательность определенных действий, соответствующих той или иной степени владения им. Метод поэтапного показа и отработки всех элементов навыка применяется для каждого ребенка с учетом возраста и индивидуального развития. Комната социально-бытовой адаптации, которая представляет собой современную кухню с комплектом качественного оборудования. Данная комната - уникальное реабилитационное пространство, где дети приобретают умения и навыки, необходимые им в повседневной жизни: учатся приготовлению доступных блюд, сервировке стола и поведению за ним, мытью посуды, стирке и глажению белья, правильному обращению с предметами быта, с электроприборами, технике безопасности. Для расширения и обогащения знаний специалисты дополняют занятия теорией, рассказывая детям об истории кухни, правилах этикета, современных формах приема гостей, кухне разных народов, правилах подачи блюд к столу, правилах употребления продуктов, питания и здоровье человека. Изучение навыков самообслуживания и социально-бытовой адаптации могут проходить в трех формах: 1. индивидуальной; 2. подгрупповой; 3. групповой. На начальных этапах коррекционно-развивающей работы приоритетны индивидуальные занятия, создающие условия для самореализации каждого ребенка. В соответствии с уровнем его развития и подготовленности выбираются способы и темпы выполнения заданий. Переход к подгрупповым и групповым формам занятий осуществляется по мере совершенствования детьми умений и приобретения устойчивого навыка. Эффективность процесса социально-бытовой адаптации, педагог подкрепляет работой с родителями в формах консультаций по заявленным темам, индивидуальных бесед, посещения родителями практических занятий и участия в них. Для родителей разработаны методические рекомендации по формированию различных умений и навыков в домашних условиях, например, приготовления и приема пищи. Занятия в комнате социально-бытовой адаптации помогают формировать, развивать и закреплять умения и навыки, адаптироваться к условиям быта, воспитывать положительные привычки и социокультурные нормы поведения. Формирование социально-бытовых умений и навыков у детей с ОВЗ, является необходимым условием для их полноценной жизни в социуме.

**Услуги логопедического массажа**, предназначены детям с нарушениями речи - это совокупность механических приемов, под воздействием которых изменяется состояние кровеносных сосудов, нервов и тканей дыхательного, голосообразовательного и артикуляционного отделов. Логопедический массаж - это совокупность механических приемов, посредством которых специалист оказывает воздействие на поверхностные ткани организма, рефлекторным путем влияет на функциональные органы и системы с лечебной и профилактической целью. Механическое воздействие изменяет состояние мышц, повышает мышечную чувствительность. Количество детей с нарушениями речи, в частности, имеющих нарушения речи, с каждым годом растет. При постановке одного из следующих диагнозов: задержка речевого развития, дислалия, дизартрия, задержка психического развития, ринолалия, эффективные результаты дает применение такого метода коррекции как логопедический массаж. Основные задачи логопедического массажа: - нормализация активности мышц артикуляционного аппарата (в тяжелых случаях - снижение уровня проявления двигательных дефектов артикуляционной мускулатуры: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, синкинезий); - активизация групп мышц дыхательного, голосообразовательного и артикуляционного отделов (в которых наблюдается недостаточная сократительная способность); - стимуляция проприоцептивных ощущений; - подготовка условий к формированию произвольных направленных движений органов артикуляции; - уменьшение гиперсаливации; - укрепление глоточного рефлекса; - афферентация в речевые зоны коры головного мозга (для стимуляции речевого развития при задержке формирования речи). Ограничениями для проведения массажа являются: - воспалительные кожные заболевания, инфицированные раны; - острые респираторные заболевания, ангины; - аллергические реакции; - заболевания кожи, герпес на губе, стоматит, конъюнктивит. С большой осторожностью применяется логопедический массаж у детей с эписиндромом (судорогами), особенно если у ребенка



начинаются выкрикивания, плач, происходит резкое напряжение конечностей. Массаж может проводиться на всех этапах логопедических занятий, но важным считается его использование на первоначальных этапах работы, когда у ребенка еще нет значительной возможности выполнить определенные артикуляционные движения. Продолжительность одной процедуры зависит от возраста ребенка, тяжести речедвигательного нарушения, личностных особенностей. Обычно время проведения первых сеансов составляет от 1 до 6 минут, последних – от 15 до 20 минут. В раннем возрасте длительность сеанса - до 10 минут, в младшем дошкольном - до 15 минут, в старшем дошкольном и школьном возрасте - до 25 минут. В логопедической практике применяются следующие виды массажа: - Дифференцированный (укрепляющий или расслабляющий). Основан на приемах классического массажа. - Массаж биологически активных точек. Выполняется с помощью логопедических зондов, шпателя, вибромассажера. - Самомассаж. Цель логопедического массажа для преодоления дизартрии - предотвращение патологической симптоматики в периферическом отделе речевого аппарата. Основные задачи логопедического массажа при коррекции дизартрии: - Регуляция мышечного тонуса, уменьшение проявления гипо – и гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре. - Стимуляция мышечных ощущений. - Развитие произвольных артикуляционных движений (точность, объём, переключаемость и др.). - Повышение силы мышечных сокращений. - Активизация тканей дыхательного, голосообразовательного и артикуляционного отделов, необходимых для коррекции звукопроизношения. Е.Ф. Архипова предлагает три комплекса дифференцированного логопедического массажа. Каждый комплекс включает в себя упражнения, направленные на преодоление патологической симптоматики в соответствии с классификацией дизартрии на основе синдромологического подхода: - Комплекс упражнений логопедического массажа при ригидном синдроме (высокий тонус). - Комплекс упражнений логопедического массажа при спастикоатактико-гиперкинетическом синдроме (на фоне высокого тонуса проявляются гиперкинезы, дистония, атаксия). - Комплекс упражнений логопедического массажа при паретическом синдроме (низкий тонус). В целом массаж повышает эластичность мышечных волокон, сократительную функцию и работоспособность мышц, поэтому игнорировать данный метод при коррекции нарушений речи не следует.

**К** **внешкольных** обязательных коррекционных образовательных услугах относятся, следующие дисциплины: - арт-терапия; - кинезиологические (ритмика, танцы); - еуритмика; - библиотерапия; - сказкотерапия.

**Таблица 2.58. Внешкольные обязательные коррекционные образовательные услуги**

**Услуги арт-терапии** – лечение и коррекция искусством. Арт-терапия включает в себя направления, связанные с разными видами искусства, и каждое из них имеет свои преимущества и уникальные механизмы позитивного воздействия на внутренний мир ребенка. Это изотерапия (лечебное воздействие средствами изобразительного искусства), библиотерапия (лечебное воздействие чтением), музыкотерапия (лечебное воздействие через музыку) и многие другие направления. Существуют и такие современные виды арт-терапии, как флоротерапия (лечение цветами), акватерапия (лечение водой) и т.д. Занятие как основная форма обучения разным видам искусства. Специфика занятий в разные возрастные периоды. Вариативность занятий по арттерапии (индивидуальные, фронтальные, подгрупповые). Организация художественной деятельности вне занятий. Содержание разных видов художественной деятельности вне занятий. Посредством этих занятий, ребенку предоставляются средства для самовыражения и самораскрытия, преобразования негативных эмоций через художественную творческую деятельность, а также для создания новых позитивных переживаний. Признание взрослыми созданные творческие работы детей повышают их самооценку.

**Услуги изотерапии** в системе психокоррекционной работы с детьми с нарушениями в развитии. Изобразительная деятельность формирует у детей практические умения в рисовании, лепке, декоративно-прикладном творчестве, обеспечивает развитие коммуникативных основ, познавательных потребностей, создает благоприятные условия для коррекции познавательной, эмоционально волевой, личностной сфер, предпосылки для развития творческой активности. На занятиях применяются трафаретная техника с использованием пастели, батик, пальчиковая живопись, кляксопись, Эбру (рисование на воде), и т.д. Творческая работа с различными материалами.

**К нетрадиционным приемам и техникам прикладной изобразительной деятельности** относят различные смешанные техники, инновационные технологии. Разнообразие техник способствует развитию познавательного интереса обучающихся, побуждает создавать выразительные образы в своих работах доступными им изобразительными средствами. Кратко охарактеризуем нетрадиционные техники, которые мы используем на занятиях.

**Моноптипия** данная техника используется для изображения зеркального отражения объектов на водной глади (пруда, озера, реки и т. д.) Лист бумаги складывается пополам вертикально, на одной половине рисуется подетально объекты будущего пейзажа, а после исполнения красками каждого

элемента композиции лист складывается по линии

стиба и проглаживается, чтобы получился отпечаток на другой половинке. После получения оттиска исходные объекты рисунка оживляются красками повторно, чтобы он имел более четкие контуры, чем его отражение на « водной глади » водоема.

**Ниткография.** Первоначально на листе плотной белой или тонированной бумаги (или на цветном картоне) простым карандашом рисуется контур будущего рисунка, по готовому силуэту нарисованного объекта наносится клей ПВА из флакона с дозировочным носиком, а затем цветными нитками выкладывается изображение. Данный способ рисования требует просыхания композиции, чтобы ниточки приклеились.

**Граттаж** способ выполнения рисунка путем процарапывания острым предметом. Плотный лист бумаги натирается свечой, по восковому слою наносится тушь, в которую добавлено несколько капель жидкого мыла. Предварительно поверхность листа можно покрыть гуашью одного цвета или нанести пятна краски ярких цветов без просвета, тогда изображение будет цветным. Когда основа высохнет, заостренной палочкой рисунок процарапывается до слоя краски. Работа на необычной поверхности вызывает у детей интерес к такому нетрадиционному способу изображения.

**Рисование на мятой бумаге** эта техника интересна тем, что в местах изгибов бумаги краска при закрашивании делается более интенсивной, темной это называется эффектом мозаики. Рисовать помятой бумаге очень просто. Перед рисованием аккуратно мнем бумагу, потом аккуратно разглаживаем и начинаем рисовать. Отпечатки листьями, яблоком. На листок дерева наносится краска и прикладывается к листу бумаги. При помощи различных листков создаются интересные композиции. Яблоко режется пополам. На половинку наносится краска и делается отпечаток.

**Набрызг.** Краски нужного цвета развести в блюдечке с водой, обмакнуть в краску старую зубную щетку. Направить щетку на лист бумаги, резко провести по ней карандашом (палочкой) по направлению к себе, в этом случае краска будет брызгать на бумагу, а не на одежду.

**Рисование на манной крупе.** Покрыть всю поверхность клеем ПВА. Затем ровным слоем насыпать манную крупу, а излишки аккуратно стряхнуть. После высыхания нанести рисунок.

**Рисование ватными палочками** (метод тычка). Рисование ватными палочками можно назвать одним из видов пуантилизма. При работе нужно взять за основу шаблон и заполнить все детали рисунка точками определенного цвета. **Рисование с помощью свечи.** Данная техника называется « фотокопией». Рисунок наносится при помощи водоотталкивающего материала свечи, невидимые контуры не будут окрашиваться при нанесении поверх них акварельной краски, а будут проявляться, как это происходит при проявлении фотопленки. **Рисование картонными полосками.** Для работы потребуются полоски картона и стек. Стеком кладем немного гуаши. Полоску картона складываем пополам и проводим полоской вверх пока не закончится краска. Дальше ваша фантазия, можно нарисовать цветы, а можно водоросли. Дорабатываем рисунок тонкой кистью.

**Рисование манной крупой.** Нанести на картон кистью слой клея и пока клей не высох, насыпать сверху густой слой манной крупы равномерным слоем. После этого нужно дать просохнуть картине. Высохший лист нужно легко встряхнуть, чтобы не приклеенные крупинки осыпались.

**Пластилинография** это техника, принцип которой заключается в создании пластилином лепной картинке на бумажной, картонной или иной основе, благодаря которой изображения получаются более или менее выпуклые, полуобъемные. **Мозаика из старых журналов.** На картоне рисуется набросок. Страницы журналов разбираются по цветам. Нарезаются из них полоски, которые нужно нарезать на квадратики. Получившимися кусочками обклеивается рисунок на картоне.

**Лепка из соленого теста.** Мука и соль в соотношении 1:1, смешивается в миске с водой. После изделие из соленого теста можно запечь в духовке. **Кляксография трубочкой.** Краска разводится водой. При помощи кисти капают капли на бумагу. Трубочкой раздувается капля. Я уже давно работаю над темой « Нетрадиционные техники рисования и декоративно прикладного творчества». И заметила, как возрос интерес к рисованию у детей. Они стали чаще проявлять фантазию, собственный творческий замысел, преодолели боязнь чистого листа. В процессе работы с использованием нетрадиционных техник дети быстро не утомляются, творческая активность сохраняется на протяжении всего занятия. Использование нетрадиционных техник позволяют детям ощутить положительные эмоции и раскрыть, обогатить свои творческие способности. Работу над « нетрадиционными техниками » продолжу и дальше. Педагогические техники партнерской работы, формируют у детей способность работать в команде. Групповой рисунок. Создание группового рисунка на заданную тему. Коллаж. Сочинение художественного текста. Техники на основе фотографии. Мультимедийные техники арт-терапии. Изобразительная работа в сочетании с музыкой и звуками. Изобразительная работа в сочетании с драмой. и др.

**Еуритмика** - как способ воспитания воли, укрепления здоровья, гармоничного развития ребенка с

ОВЗ. Импровизация танца, посредством движений "театра аутентичного жеста". Каждое движение – жест-означающий определенную символику. Жесты — издавна применяемый в разных культурах компонент невербального общения. Они не только выражают эмоции и настроения, но также регулируют поток информации и имеют силу "опережающих знаков". Еуритмика отражает жесты поведения человека в его невербальных проявлениях, к которым относятся мимика (движение мышц лица), пантомимика (движения всего тела), «вокальная мимика» (интонация, тембр, ритм, вибрато голоса), пространственный рисунок (зона, территория, собственность и перемещения), экспрессия (выразительность, сила проявления чувств, переживаний), которая может быть решающей в интерпретации произносимых высказываний.

**Услуги библиотерапии** в работе с детьми с нарушениями в развитии. Структура коррекционно-развивающего занятия по сказкотерапии. Сочинение и постановка сказок. Методика рассказывания сказок. Методика работы с художественными, дидактическими, психокоррекционными и психотерапевтическими сказками.

**Услуги сказкотерапии.** Целью сказкотерапии является развитие самосознания ребенка, обеспечение контакта с самим собой, и с другими, построение отношений взаимопонимания с ближайшим окружением, усвоение необходимых моделей поведения и моделей реагирования, знаний о себе и мире. Принципы сказкотерапии заключаются в знакомстве ребенка со своими сильными сторонами, «расширении» его поля сознания и поведения, поиске нестандартных оптимальных решений различных ситуаций, обмене жизненным опытом. В процессе каждого занятия, помимо основных, можно решать дополнительные задачи. Например: отработка произвольного внимания; сплочение группы; развитие чувства взаимопомощи и поддержки, памяти; расширение эмоционально-поведенческих реакций. Сказка в данном случае выполняет три функции: - диагностическую - выявляет существующие проблемы ребенка; - прогностическую - проявляется в той части сказки, которая повествует о будущем героя; - терапевтическую (коррекционную) - ребенку ненавязчиво, в сказочноволшебной форме, предлагается положительный пример поведения.

**Виды используемых сказок:** 1. **Дидактические сказки** - создаются педагогами для положительной мотивации к учебному процессу. Призваны передать в доступной форме дидактический материал, а также учебные задания и инструкции. 2. **Психокоррекционные сказки** - тоже создаются педагогами и психологами для мягкого влияния на поведение ребенка. Сказки этого типа применяются с 4 до 11-13 лет, используются для коррекции агрессивного поведения, застенчивости, гиперактивности и т.д. Создать психокоррекционную сказку нетрудно, и многие писатели, сами не осознавая того, сочиняют их блестяще. 3. **Медитативные сказки** - рассказываются под специальную музыку, способствующую расслаблению. Такие сказки успокаивают, вызывают положительные эмоции, настраивают на гармонию с самим собой и окружающими, внушают уверенность в себе; развивают различные виды чувствительности: зрительную, слуховую, обонятельную, вкусовую, тактильную и кинестетическую. 4. **Психотерапевтические сказки** - создаются, чтобы оказать своевременную поддержку, избавить от страданий, помочь в проблемной жизненной ситуации, излечить психоэмоциональную травму. Попадая в сказку, дети легко воспринимают «сказочные законы» - нормы и правила поведения: ненавязчиво слушать других и выражать свои мысли. Путешествуя по сказочным дорогам, переживая удивительные приключения и превращения, встречаясь со сказочными существами, ребенок получает из сказки намного больше информации, нежели просто при ее прослушивании. Эмоционально разряжаясь, сбрасывая зажимы, «отыгрывая» глубоко спрятанные в подсознании страх, беспокойство, агрессию или чувство вины, дети становятся мягче, добрее, увереннее в себе, восприимчивее к людям и окружающему миру. У ребят формируется положительный образ своего тела, принятие себя таким, как есть. Нет ничего удивительного, что ребенок будет вести себя как сказочный герой. Разыгрывая сказку, ребенок, танцуя и играя в подвижные игры, способствует развитию двигательной активности. Сказкотерапия - является эффективным видом педагогических здоровьесберегающих технологий, в процессе которого задействованы все компоненты здоровья детей.

**Услуги куклотерапии.** Театрализация психокоррекционного процесса. Технологии изготовления кукол, оживления», сочинения сказки, постановка спектакля с куклами. Метафорическая работа с марионеткой (этапы работы, диагностические возможности работы с куклами – марионетками, стратегии работы, механизмы психотерапевтического воздействия). Сочетание куклотерапии с библиотерапией, драматерапией, музыкотерапией это способ коррекции эмоциональной сферы.

**Услуги мульттерапии.** Это процесс реабилитации и творческой социализации детей и подростков средствами анимационного творчества. Методика способствует установлению контакта не только с ребёнком и его семьёй, но и с ближайшим социальным окружением. На занятиях дети знакомятся с различными техниками анимации, учатся понимать и различать эмоции персонажей, выразительно озвучивать своих героев, а главное - работать в команде. Коллективное творчество позволяет ребенку развивать коммуникативные навыки, при выполнении своей функциональной роли осознавать

значимость каждого из членов команды. Занятия мульттерапией способствуют развитию, обогащению когнитивной и эмоциональной сфер, воображения и творческих способностей. Занимающиеся анимацией дети обретают готовность к преодолению жизненных трудностей; становятся более веселыми и открытыми; повышается их самооценка. Это позитивным образом сказывается на реабилитации и социализации.

**Услуги музыкальной терапии** - это контролируемое использование музыки в лечении, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых, страдающих от соматических и психических заболеваний. Современная специальная психология и педагогика в значительной степени ориентированы на использование в коррекционной работе музыкотерапии как важного средства воспитания гармоничной личности ребенка с проблемами, его культурного развития. Преимущества музыкотерапии в работе с особым ребенком заключаются в том, что во многих случаях музыка помогает установить с ребенком контакт, и даже само общение с музыкой делает его мир богаче, разнообразнее. Подход Карла Кенига к музыкальной терапии в лечебной педагогике: чтобы достичь глубокого влияния музыки на организм, больной должен сам активно действовать (петь, играть на музыкальном инструменте, воплощать музыку в движениях). Сущность музыкотерапии состоит в способности вызывать у «особого» ребёнка положительные эмоции, которые оказывают лечебное воздействие на психосоматические и психоэмоциональные процессы, мобилизуют резервные силы ребёнка, обуславливают его творчество во всех областях искусства и в жизни в целом. Музыкально-ритмические упражнения улучшают осанку, координацию, уверенность движений, развитие эмоциональной отзывчивости и музыкального слуха активизируют умственную деятельность.

**Телесно-ориентированная психокоррекция.** В основе занятий по телесно-ориентированной психокоррекции с детьми с двигательной патологией лежат положения М. Фельденкрайза: - всякая мышечная деятельность есть движение; - нервная система занимается преимущественно движениями; - движения отражают состояние нервной системы; - качество движения легче всего определить извне; - движения приносят большой опыт; - ощущения, чувства и мысли базируются на движениях; - движение - основа самоосознания. Таким образом, движение - эффективное средство достижения кардинальных изменений в человеческой жизни вообще. Работа с телом начинается с изучения возможностей, особенностей и потребностей каждого конкретного ребенка. У детей с ДЦП произвольность движений затруднена или практически отсутствует, поэтому в приоритете коррекция произвольных движений гиперкинеза или сильной спастики. Применение телесно-ориентированных методов в психокоррекционной работе с детьми с церебральным параличом помогает развить у них кинестетическую чувствительность, расширить диапазон движений, осознать и контролировать потребности тела, способствует уменьшению гиперкинезов и спастики. Ситуация успеха и приобретение нового телесного опыта способствуют развитию уверенности в себе, улучшению психоэмоционального состояния ребенка.

**Услуги кинезитерапии** (танцетерапия, коррекционная ритмика) в работе с детьми с нарушениями в развитии. Влияние музыки и пения на развитие ребенка с нарушениями в развитии и коррекцию отклонений. Танцетерапия в коррекционной работе с детьми. Основные сюжеты танцетерапии. Структура коррекционно-развивающего занятия по танцетерапии. Коррекция когнитивной сферы средствами ритмики. Реабилитационные возможности ритмики в работе с детьми с нарушениями в развитии.

**3. Образовательные услуги социального работника и педагога психолога.** Особенности труда социального работника, можно выделить пять компонентов (блоков), присущих профессиональной компетентности в социально-реабилитационной деятельности: 1) наличие опыта эффективной практической деятельности в области социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья; 2) профессиональные специальные и психологические знания, навыки и умения в области работы с детьми-инвалидами. 3) профессиональные психологические позиции, установки, психологическая компетентность; 4) личностные особенности, обеспечивающие овладение профессиональными знаниями и умениями; 5) результаты труда, т. е. те изменения в психическом и личностном развитии детей, которые возникают под влиянием деятельности социального работника.

Названные компоненты являются не только психологическими предпосылками профессиональной компетентности, но и наработками, которые совершенствуются в ходе



практической деятельности специалиста. В своей деятельности, социальный педагог школы создает и использует план поэтапной реабилитации детей-инвалидов (таблица).

Наименование этапа	Цель этапа	Ответственные	Сроки исполнения	Форма отчетности
Социальное обследование семьи, установление проблемы	Сбор необходимых сведений о семье и ребенке	Социальный педагог		Карта социального обследования семьи
Разработка индивидуального плана реабилитации (ИПР)	Координация реабилитационных мероприятий	Специалисты согласно ИПР	В зависимости от предписаний	Записи в журналах регистрации реабилитационных мероприятий
Мониторинг выполнения ИПР	Обеспечение выполнения реабилитации	Социальный педагог	Согласно ИПР	Записи в контрольном листе ИПР
Оценка выполнения ИПР	Оценка эффективности реабилитационных мероприятий	Команда специалистов и родителей	Согласно ИПР	Записи в контрольном листе
Корректировка ИПР	Пересмотр ИПР с учетом изменения возраста, здоровья, семейной ситуации	Команда специалистов и родителей	В течении недели	ИПР (новый вариант)

Обучение детей-инвалидов с ОВЗ в школе осуществляется по программе общеобразовательной школы. Дети с ОВЗ проживают в семьях и посещают школу согласно расписанию работы образовательного учреждения. Серьезные затруднения испытывают родители детей-инвалидов в связи с собственной правовой неграмотностью, именно поэтому, социальный педагог постоянно информирует их об имеющихся правах и льготах, помогает в их обеспечении и защите. Направления работы социального педагога по работе с детьми ОВЗ и с детьми-инвалидами, можно выделить такие: взятие на учет; организация, при наличии наследственной патологии (или подозрения на нее), медико-генетической консультации родителям; совместно с медицинскими работниками составление (уточнение разработанного МСЭ) плана социально-медицинской реабилитации (индивидуальной программы реабилитации) ребенка-инвалида и организационная помощь при ее проведении в поликлинике, на дому, в специализированном стационаре, летнем оздоровительном лагере, санатории; поиск спонсоров при направлении ребенка-инвалида на лечение за рубеж; оказание помощи в приобретении необходимых корректирующих приспособлений, тренажеров, инвалидных колясок, лекарств; содействие в организации диспансеризации родителей, других детей при наличии у них отклонений в состоянии здоровья; помощь в организации оздоровления родителей совместно с детьми в санаториях, семейных пансионатах, домах отдыха; организация информационно-просветительских услуг родителям с привлечением специалистов необходимого профиля; организация контактов с образовательными учреждениями, содействие в предоставлении образовательных услуг; устранение конфликтных ситуаций между родителями и детьми, членами семьи; воспитание грамотного отношения у родителей и других детей к ребенку-инвалиду как равноценному члену семьи; формирование в микрорайоне и образовательном учреждении здорового общественного мнения по отношению к инвалидам и их семьям; организация обществ семей, имеющих детей-инвалидов, активное участие в их деятельности; содействие в профориентации, профобучении, трудоустройстве и проф адаптации детей-инвалидов; выявление детей, нуждающихся в особых условиях воспитания и обучения, а также устройство их в специализированные учреждения; содействие



в оказании материальной и бытовой помощи семье, имеющей ребенка-инвалида (от полного получения всех государственных пособий и льгот до привлечения услуг спонсоров и др.); закрепление детей-инвалидов за магазинами с обеспечением гарантированного набора основных продуктов питания, комплектов детской одежды и обуви, бытовой техники, мебели; действие в оказании различного вида гуманитарной помощи; содействие в выделении денежных сумм и путевок в санатории и дома отдыха; содействие в открытии реабилитационных, досуговых, специализированных обучающих центров и пансионатов для детей-инвалидов и членов их семей.

<b>Таблица 2.60. Пример индивидуальный план реабилитации и здоровье сбережения ребенка-инвалида ученицы ... класса (код 01) на 20__ - 20__ учебный год</b>			
Ответственные за выполнение	Мероприятия	Дата	Отметка о выполнении
Социальный педагог	Организация питания в школе	в течение года	
	Помощь ребенку в решении актуальных задач развития, обучения, социализации: учебные трудности	в течение года	
	Проблемы взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями	в течение года	
	Наблюдение за посещаемостью и успеваемостью	по графику	
	Помощь в организации ежегодного отдыха в лагерях, санаториях	апрель-май	
психолог	Наблюдение за нервно-психическим развитием ребенка	в течение года	
	Составление карты обследования	март	
	Формирование у ребенка механизма, позволяющего успешно преодолевать трудности социализации	в течение года	
медсестра	Профилактические осмотры	в течение года	
	Проведение прививок по эпидемическим показателям	в течение года	
	Антропометрия	сентябрь, май	
	Индивидуальная карта развития ребенка - отслеживание динамики состояния здоровья	в течение года	
	Соблюдение гигиенического режима в школе	в течение года	
Классный руководитель	Организация образовательного школьного режима	в течение года	
	Организация общественно значимых поручений ребенку	в течение года	
	Формирование установки на здоровый образ жизни	в течение года	
	Контроль за питанием в школе, его спортивно-физическим развитием	в течение года	
Родители	Организация домашнего режима	в течение года	
	Соблюдение гигиенического режима дома	в течение года	
	Обследование у специалистов по показ.	в течение года	

**Социальный работник школы** организует экскурсии по интересным маршрутам родного края. Ежемесячно в выходные дни семьям предоставляется возможность посетить тематические экскурсии родного края. Активное участие семей, имеющих ребенка-инвалида, в данной акции предусматривает совершенствование организации и содержания обучения и воспитания подрастающего поколения, развития патриотизма, бережного отношения к природному и культурному наследию родного края.

Создаются оптимальные возможности для творческого развития и родителей и детей, их гражданского становления, формирование профессиональных интересов в процессе краеведческой, экскурсионной и исследовательской деятельности.

*Социальный педагог (совместно с педагогом-психологом) участвует в изучении особенностей школьников с ОВЗ, их условий жизни и воспитания, социального статуса семьи; выявлении признаков семейного неблагополучия; своевременно оказывает социальную помощь и поддержку учащимся и их семьям в разрешении конфликтов, проблем, трудных жизненных ситуаций, затрагивающих интересы учащихся с ОВЗ.*

*Социальный педагог участвует в проведении профилактической и информационно просветительской работы по защите прав и интересов школьников с ОВЗ; в выборе профессиональных склонностей и интересов. Основными формами работы социального педагога являются: урок (за счет классных часов), внеурочные индивидуальные (подгрупповые) занятия; беседы (со школьниками, родителями, педагогами), индивидуальные консультации (со школьниками, родителями, педагогами), а также выступления на родительских собраниях, на классных часах в виде информационно просветительских лекций и сообщений.*

*Социальный педагог взаимодействует с педагогом-психологом, педагогами-предметниками, классным руководителем класса, в случае необходимости с медицинским работником, а также с родителями (их законными представителями), специалистами социальных служб, органами исполнительной власти по защите прав детей. Психологическое сопровождение учащихся с ОВЗ осуществляется в рамках реализации основных направлений психологической службы.*

**Педагог-психолог** проводит занятия по комплексному изучению и развитию личности школьников с ОВЗ. Работа организуется индивидуально или в мини-группах. Основные направления деятельности школьного педагога-психолога состоят в проведении психодиагностики; развитии и коррекции эмоционально-волевой сферы учащихся; совершенствовании навыков социализации и расширении социального взаимодействия со сверстниками (совместно с социальным педагогом); разработке и осуществлении развивающих программ; психологической профилактике, направленной на сохранение, укрепление и развитие психологического здоровья учащихся с ОВЗ. Помимо работы со школьниками педагог-психолог может проводить консультативную работу с педагогами, администрацией школы и родителями по вопросам, связанным с обучением и воспитанием учащихся. Кроме того, в течение года педагог-психолог осуществляет информационно-просветительскую работу с родителями и педагогами. Данная работа включает чтение лекций, проведение обучающих семинаров и тренингов. В реализации диагностического направления работы принимают участие как учителя класса (аттестация учащихся в начале, середине и конце учебного года), так и специалисты (проведение диагностики в начале, середине и в конце учебного года). Данное направление осуществляется школьной медико-психолого-педагогической комиссией, которая является внутришкольной формой организации сопровождения детей с ОВЗ. Положение и регламент работы разрабатывается администрацией школы и утверждается на педсовете школы.

**Цель работы внутришкольной медико-психолого-педагогической комиссии:** выявление особых образовательных потребностей учащихся с ОВЗ и оказание им помощи (выработка рекомендаций по обучению и воспитанию; составление, в случае необходимости, индивидуальной программы обучения; выбор и отбор специальных методов, приемов и средств обучения). Специалисты консилиума проводят мониторинг и следят за динамикой развития и успеваемости школьников, своевременно вносят коррективы в программу обучения и в рабочие коррекционные программы; рассматривают спорные и конфликтные случаи, предлагают и осуществляют отбор необходимых для школьника (школьников) дополнительных дидактических материалов и учебных пособий.

Реализация системы комплексного психолого-медико-социального сопровождения и поддержки учащихся с ОВЗ предусматривает создание специальных условий: организационных, кадровых, психолого-педагогических, программно-методических, материально-технических, информационных условий.

Требования к условиям реализации программы. **Организационные условия.**

**Психолого-педагогическое обеспечение включает:**

- дифференцированные условия (оптимальный режим учебных нагрузок);
- психолого-педагогические условия (коррекционная направленность учебно-воспитательного процесса; учёт индивидуальных особенностей ребёнка; соблюдение комфортного психоэмоционального режима; использование современных педагогических технологий, в том числе информационных, компьютерных для оптимизации образовательного процесса, повышения его эффективности, доступности);

- специализированные условия (выдвижение комплекса специальных задач обучения, ориентированных на особые образовательные потребности учащихся с ограниченными возможностями здоровья; введение в содержание обучения специальных разделов, направленных на решение задач развития ребёнка, отсутствующих в содержании образования нормально развивающегося сверстника; использование специальных методов, приёмов, средств обучения, специализированных образовательных и коррекционных программ, ориентированных на особые образовательные потребности детей; дифференцированное и индивидуализированное обучение с учётом специфики нарушения здоровья ребёнка; комплексное воздействие на обучающегося, осуществляемое на индивидуальных и групповых коррекционных занятиях);

- здоровье сберегающие условия (оздоровительный и охранительный режим, укрепление физического и психического здоровья, профилактика физических, умственных и психологических перегрузок учащихся, соблюдение санитарно-гигиенических правил и норм);

- участие всех детей с ограниченными возможностями здоровья, независимо от степени выраженности нарушений их развития, вместе с нормально развивающимися детьми в воспитательных, культурно-развлекательных, спортивно-оздоровительных и иных досуговых мероприятиях;

- развитие системы обучения и воспитания детей, имеющих сложные нарушения психического и (или) физического развития.

**Программно-методическое обеспечение.**

В процессе реализации программы коррекционной работы используются рабочие коррекционно-развивающие программы социально-педагогической направленности, диагностический и коррекционно-развивающий инструментарий, необходимый для осуществления профессиональной деятельности учителя, педагога-психолога, социального педагога. В случаях обучения детей с выраженными нарушениями психического и (или) физического развития по индивидуальному учебному плану будут использованы скорректированные образовательные программы, учебники и учебные пособия, в том числе цифровые образовательные ресурсы.

#### **4. Платные дополнительные образовательные услуги.**

Дополнительное образование определяется как мотивированное обучение за рамками основного образования, позволяющее ребенку с ОВЗ обрести потребность в познании и творчестве, максимально реализовать себя, самоопределиться предметно, личностно, социально и профессионально.

Многообразие и вариативность организационных форм детских объединений различного типа и предметного содержания (музыка, хореография, изо, техника, право,

эстетика быта, прикладное творчество и т.д.) дают детям с ОВЗ возможность реализовать возрастные и индивидуальные особенности личности в различных профессионально-образовательных сферах. Задача психолого-педагогического сопровождения в условиях дополнительного образования - создание максимально благоприятных условий для осознанного самостоятельного и ответственного выбора ребенком вида деятельности и реализации своих способностей.

Главным субъектом психолого-педагогического сопровождения в учреждениях дополнительного образования является ребенок с ОВЗ.

Психолого-педагогическое сопровождение учащихся с ОВЗ предполагает выявление своеобразия их развития и уровня потенциальных возможностей, а также, формирование зоны саморазвития, ориентируясь на зону ближайшего развития. Психолого-педагогическое сопровождение, социальная защита и поддержка детей в учреждениях дополнительного образования осуществляется посредством следующих мер:

- практических - гарантии приобретения практических умений и навыков, которые помогут в будущей жизни (личной, профессиональной, семейной);
- социальных - гарантии освоения условий среды, нахождения вариантов решения типичных проблем, возникающих в процессе социального взаимодействия в учреждениях дополнительного образования;
- правовых - гарантии защиты прав и человеческого достоинства ребенка;
- психолого-педагогических - гарантии саморазвития, защиты детей, оказавшихся в особо трудном положении (инвалиды, сироты, дети из неполных семей и семей повышенного риска);
- экономических - гарантии экономической поддержки через участие в учебно-производственной и внебюджетной деятельности учреждений дополнительного образования;
- медико-экологических - гарантии медицинской поддержки, оздоровления.

Основная цель системы дополнительного образования с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья - создание оптимальных условий для их социальной интеграции и самореализации.

Достижение этой цели требует постановки и решения следующих задач:

- создание психолого-педагогической модели социальной реабилитированности и ее вариантов для различных категорий детей;
- изучение и определение роли и места микросоциума в формировании социальной реабилитированности ребенка;
- организация психологического климата микросреды ребенка с ОВЗ;
- разработка и модификации форм, средств и методов дополнительного образования для работы с детьми с ОВЗ.

При разработке программы психолого-педагогического сопровождения учащихся с ОВЗ в условиях дополнительного образования учитывается:

- характер инвалидности (нарушения зрения, слуха, опорнодвигательного аппарата, психические, и общие заболевания);
- психофизиологические особенности (тип высшей нервной деятельности (ВНД), темперамент, характер психических процессов и др.);
- недостатки физического здоровья (соматическая ослабленность);
- ограниченные возможности детей с ОВЗ, которые не позволяют участвовать в соответствующей их возрасту деятельности (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), что лишает их нормальной социализации;

- ограниченные возможности для общения (ограничение мобильности и независимости, условия воспитания).

Наряду с разработкой дополнительных образовательных программ, для учащихся с ОВЗ создаются индивидуальные программы психолого педагогического сопровождения, направленные на оказание помощи и поддержки в разрешении имеющихся трудностей в обучении, профессиональной подготовке и профессиональной ориентации, во взаимоотношениях с окружающими (педагогами, сверстниками, родителями); коррекцию нарушений психических процессов и эмоционально-волевой сферы. Реализация психолого-педагогического сопровождения учащихся с ОВЗ осуществляется поэтапно:

1) **Мотивационно-целевой этап.** Предусматривает обеспечение благоприятных условий для осуществления процесса сопровождения и мотивации предстоящей деятельности (выяснение мнения родителей о проблемах ребёнка и создание положительной установки на совместную работу). Определяются содержание предстоящей работы, роли и профессиональные позиции взрослых относительно ребёнка; распределяются функциональные обязанности между участниками сопровождения.

Большое значение при этом имеет учёт ресурсов самого ребенка и возможностей взрослых, участвующих в реализации сопровождения.

2) **Операционально-деятельностный этап.** Предполагает реализацию программы психолого-педагогического сопровождения. Разрабатываются и осуществляются на диагностической основе применительно к конкретному ребенку коррекционные и развивающие программы (при необходимости в дополнение к основной образовательной программе). Организуется работа с детьми, педагогом дополнительного образования, психологом, родителями.

Психолого-педагогическое сопровождение осуществляется как в реальной ситуации освоения ребенком дополнительной образовательной программы, так и в процессе специальных занятий (тренинги, коррекционные занятия и др.). 3) **Оценочно-рефлексивный этап.** Включает итоговую педагогическую и психологическую диагностику, анализ результатов всеми специалистами, рефлексию. Учитывается степень удовлетворенности родителей, их пожелания на будущее. Подведение итогов может послужить основой для дальнейшей работы. Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение учащихся с ОВЗ является одним из важнейших направлений деятельности специалистов, работающих в системе дополнительного образования. Данный процесс направлен на то, чтобы помочь ребенку самостоятельно войти в социум, самореализоваться, успешно продвигаться в условиях дифференцированного образования. К самым рекомендуемым дополнительным, образовательным (платным) услугам для детей с ОВЗ, относятся следующие занятия: - плавание; - дельфинотерапия; - ипнотерапия; - АБА терапия; - снузелен-терапия.

**Таблица 2.61. Дополнительные коррекционные виды услуг**

**Услуги ипнотерапии.** Общение с лошадью позволяет не только снять стресс и минимизировать его последствия, но и обеспечивает развитие собственной значимости и веры в себя, когда ребенок или взрослый с ограниченными физическими возможностями способен передвигаться на мощном животном, управлять им. Верховая езда вызывает у всадника много положительных эмоций, ощущений и переживаний. Она кардинально повышает самооценку человека, его уверенность в своих силах, способствует максимальной мобилизации волевой деятельности, социализации и формированию более гармоничных отношений с миром, помогает находить новые, неординарные решения стоящих перед ним задач. Положительный эмоциональный настрой способствует подъему активности и улучшению настроения, а также общего состояния пациентов. Ипнотерапия способствует развитию таких психических функций, как память, внимание и мышление. Необходимость при верховой езде в постоянной концентрации внимания, сосредоточенности, максимально возможной собранности и самоорганизации, потребность запоминать и планировать последовательность действий активизируют психические процессы. Для ребенка в частности,



взаимодействие с лошадью способствует расширению кругозора, а на фоне дефицита общения это еще и приобретение большого сильного друга. В результате у него возникает желание расширить свои социальные связи с окружающими, увеличить сферу своих интересов. При контакте с лошадью ребенок получает непередаваемые ощущения пребывания в энергетическом поле. У него развивается особое кинестетическое чувство — эмоциональный порыв к движению, что создает высокую степень мотивации к занятиям. Иппотерапия с большим успехом используется как средство обучения функциональному языку, она способствует формированию ребенка как личности.

**Услуги дельфинотерапии.** Дельфинотерапия — вид медико-психологической реабилитации, который построен на общении человека и дельфина. Проводится в форме общения, игры и простых совместных упражнений под наблюдением специалиста. Эффективность и популярность дельфинотерапии во многом обусловлены уникальными сенсорными способностями дельфинов, а также их интеллектом, легкостью в обучении и дружелюбием по отношению к представителям других видов, в том числе и к людям. Здоровье дельфина, его активность, жизнерадостность и желание взаимодействовать с ребёнком с ОВЗ возможны только при полном соблюдении всех норм и правил содержания этих морских млекопитающих. В своем общении дельфины используют различные виды звуков (визг, треск, трель, пощелкивание, хлопок, рев, стон и вой). Сигналы охватывают весьма широкий частотный диапазон — от инфразвуковых до звуковых и ультразвуковых, при этом они могут быть импульсными и непрерывными. Для ориентации животные используют более низкие и продолжительные (несколько миллисекунд) звуки, а для распознавания — сигналы более высокой частоты. Импульсные сигналы сопутствуют эхолокации. Череп и мягкие ткани головы концентрируют звуковые колебания и играют роль акустического прожектора и звуковой линзы. Дельфины обладают обширным поведенческим и игровым репертуаром, что позволяет решать множество коррекционных задач. Эмоциональная составляющая дельфинотерапии способствует повышению внутренней мотивации пациента к выполнению предложенных заданий и помогает полученному навыку прочно закрепиться в памяти. Постэффект от занятий продолжительный и устойчивый.

Согласно самой распространенной теории, эффективность дельфинотерапии обусловлена ультразвуковым воздействием животного на человека. Дети с умственной отсталостью разного происхождения (органического, хромосомного, смешанного генеза) вовлекаются в дельфинотерапию сравнительно легко. У них заметно улучшаются сообразительность и способность к социализации. Пациенты с преобладанием в поведении апатии, истощаемости и астении становятся живее, энергичнее и активнее. Дети с некоторой эректильностью и чрезмерной подвижностью становятся спокойнее, а их поведение — более упорядоченным. У пациентов с неврозами снижаются тревожность и агрессивность, исчезают страхи, а также дневной и ночной энурез. У детей с логоневрозом отмечается улучшение моторики речи, особенно в тех случаях, когда, помимо дельфинотерапии, проводились занятия с логопедом. У пациентов с субдепрессивными симптомами отмечается улучшение показателей проекционных тестов-рисунков, они выбирают яркие и жизнерадостные цвета. Фобии, прежде всего реактивного происхождения, или уменьшались, или исчезали совсем. В программе психофизической реабилитации они использовали различные средства и методы.

Игровые формы общения ребенка с дельфинотерапевтом: - музыкотерапия; - показ слайдов с видами моря; - использование звуков природы (шума моря); - показ макета или мягкой игрушки в виде дельфина (что обеспечивает последующее спокойное знакомство с дельфином). **Занятия лечебной гимнастикой на суше** (помосте): - упражнения на расслабление мышц, снятие напряжения и спазмов в них, увеличение амплитуды движения; - упражнения, направленные на вертикализацию тела ребенка; - упражнения на выносливость, тренировка ходьбой; - упражнения на сопротивление с целью развития мышечной силы; - упражнения, направленные на улучшение равновесия и двигательной координации; - упражнения с предметами, направленные на развитие ловкости и внимательности. Лечебный массаж, направленный на релаксацию, выравнивание тонуса мышц, снятие их спастичности. Каждый сеанс дельфинотерапии состоял из трех частей: подготовительной, основной и заключительной. Подготовительная часть (10 мин.). Ребенок находится на суше (помосте). Дельфинотерапевт подбирает для пациента устойчивое горизонтальное или вертикальное положение, которое дает ему возможность почувствовать себя комфортно и безопасно.

**Терапия «Снузелен»** является недирективной формой терапии. «Снузелен» от сочетания нидерландских слов “snuffelen” (узнавать, открывать) и “doezelen” (дремать). Слово прижилось и в русском языке, поэтому вместо термина «сенсорная комната» часто можно услышать или прочитать «комната снузелен». Пациента не лечат напрямую, а создают условия полного комфорта для мобилизации им собственных сил для того, чтобы справиться со своими психологическими либо иными проблемами. Всё освещение, звуки, окружающая среда, текстуры предметов адаптируются под конкретные задачи терапии. Главное — помочь ребёнку получить максимальное удовольствие от времяпрепровождения в комнате. Одно из её преимуществ — отсутствие необходимости в вербальной

коммуникации, что является важным фактором для некоторых пациентов, например, тех, кто страдает тяжёлыми формами аутизма. В сенсорной комнате ребёнок получает практически полную свободу действий, что позволяет ему вести себя как можно раскованнее. Это положительно сказывается на его психоэмоциональном состоянии, расслабляет напряжённые мышцы, позволяет почувствовать себя в полной безопасности. Стимулируется большинство человеческих органов чувств: глаза, уши, кожа и вестибулярный аппарат. Таким образом достигается эффект не только расслабления, но и развития мелкой моторики, навыка визуализации и ориентации в пространстве.

Сенсорная комната (от лат. *sensus* «чувство, ощущение, восприятие») — среда, обустроенная для психической и психологической разгрузки людей с особенностями развития, особенно детей, в терапевтических целях. Понятие «сенсорная комната» является собирательным и объединяет в себе: - мультисенсорные комнаты; - сенсорные ванные комнаты; - сенсорные бассейны; - сенсорные спальные комнаты; - сенсорные сады; - «белые» комнаты; - тёмные комнаты; - комнаты безопасности и многое другое. Все сенсорные комнаты отличаются друг от друга, вряд ли среди них можно найти идентичные, потому что каждая из них собирается отдельно в зависимости от потребностей в использовании. Одна из главных составляющих сенсорной комнаты — это свет. Он должен быть мягким, приятным для глаз и приглушённым. Для этого используются светящиеся нити, различные лампы, а также подсветка тех или иных частей комнаты, например, бассейна с шариками. Для развития тактильных ощущений и вестибулярного аппарата применяются массажные инструменты, такие как ручные пластиковые мячики, сенсорные тропы с наполнителями, имитирующими натуральные поверхности (к примеру, морские камешки), массажные кресла и кровати, всё те же бассейны с шариками, в которых дети любят «плескаться» ничуть не меньше, чем в настоящем бассейне с водой. Расслабление слуха обеспечивается однотонной и негромкой фоновой музыкой и различными предметами, которые издают приятные звуки, например, шуршания или переливания воды. В сенсорной комнате обязательно присутствуют зоны, в которых ребёнок может отгородиться ото всех и побыть в одиночестве. Это особенно важно для детей с расстройствами аутистического спектра. Все виды сенсорных комнат используются для решения различных задач, однако цель всегда одна — раскрепостить человека, преодолеть его трудности в общении и даже при необходимости успокоить.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Раскройте суть психосоциальной реабилитации детей с особыми возможностями здоровья.
2. Назовите задачи реабилитации детей с ОВЗ.
3. Раскройте особенности вариантов адаптированных программ, предназначенные для категории детей с ОВЗ.
4. В чем отличие программ обучения детей с ЗПР и с ИН?
5. Назовите основные направления общеобразовательных услуг развития детей с ОВЗ в образовательном процессе.
6. Какие учебные дополнительные дисциплины предусматриваются учебной программой для детей с ИН?
7. Какие внеклассные занятия предлагаются детям с ОВЗ?  
В чем суть этих занятий?
8. Расскажите о разновидностях платных дополнительных образовательных услуг, предназначенных детям с ОВЗ.
9. Почему детям с ОВЗ необходимы медицинские услуги?
10. В чем значение образовательных услуг дисциплины социально-бытовой ориентации для обучения детей с ИН?
11. Расскажите о коррекционном значении суриптики и арт-терапии для детей с ОВЗ?
12. В чем значение библиотерапии, сказкотерапии, куклотерапии и мультитерапии для детей с ОВЗ? В чем похожи эти виды услуг?
13. Сравните по коррекционному значению услуги музыкальной терапии, телесно-ориентированной психокоррекции и кинезитерапии. Чем похожи эти занятия?
14. Расскажите о профессиональных обязанностях социального работника школы.

15. С кем взаимодействует социальный работник школы по оказанию коррекционных услуг детям с ОВЗ?

16. Какие обязанности выполняет психолог школы по коррекции детей с ОВЗ?

17. Расскажите о работе внутри школьной медико-психолого-педагогической комиссии по оказанию образовательных услуг детям с ОВЗ.

18. Раскройте суть психолого-педагогического и программно-методического обеспечения.

19. Назовите и расскажите о платных дополнительных образовательных услугах для детей с ОВЗ.

### Задания для самостоятельной работы:

1. Заполните нижеследующую таблицу:

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация детей с ОВЗ, включительно детей с ИН, включает следующие виды услуг:			
Медицинские услуги	Образовательные услуги: 1. Обязательные учебные урочные услуги: 2. Внешкольные образовательные услуги:	Дополнительные образовательные (платные) услуги:	Социальные и юридические услуги

2. Опишите варианты адаптированных программ, предназначенные для детей с ОВЗ.

Разновидности учебных адаптированных программ для разных категории детей с ограниченными интеллектуальными возможностями			
Варианты программ для детей нарушениями с психологического развития (ЗПР)		Варианты программ для детей с интеллектуальной недостаточностью (ИН)	
1-й вариант	2 вариант	3-й вариант	4-й вариант
Первый вариант адаптированной программы:		Третий вариант адаптированной программы:	
Второй вариант адаптированной программы:		Четвертый вариант адаптированной программы:	

3. Напишите эссе на тему: «Мир одного ребенка с ОВЗ».

### Практическая работа:

1. Заполните Приложение 1: «Социальный паспорт, учащихся начальной школы на ... год.

2. Составьте таблицу сравнительных признаков различия детей с ЗПР и ИН по нижеследующим критериям развития (реагирование на внешние раздражители, развитие речи, моторики, первые шаги, первые слова, фразовая речь, игровая деятельность, умственная деятельность, состояние развития психических процессов, развитие навыков самообслуживания, приобретенные навыки):

Возрастные признаки развития детей с:			
Возраст	Нормально развивающие дети (здоровые)	Дети с ЗПР	Дети с интеллектуальной недостаточностью
1 месяц			
3 месяца			
6 месяцев			
8 месяцев			
1 год			
1,5 лет			
2 года			
2,5 лет			
3 года			

3. Попробуйте сравнить учебные программы вспомогательной школы для детей с ИН в Республике Молдова с программами других стран.

3.1. Какие дисциплины образовательных услуг отсутствуют в программах вспомогательной школ Республики Молдова?

3.2. Обоснуйте коррекционную необходимость этих дисциплин.

**Литература:**

1. Аксенова Л.И. и др. Специальная педагогика: учебное пособие для студентов педагогических вузов. Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2010. – 394 с.
2. Алексеев, Ю.В. Современная энциклопедия социальной работы /Ю.В. Алексеев и др.; под ред. В.И. Жукова. – М.: РГСУ, 2008 – 406 с.
3. Асанова, Т.А. Пособие по технологиям работы с детьми с ограниченными возможностями / Т.А. Асанова, Л.Г. Гусякова, Н.И. Куликова и др. – Барнаул; Шумановка: Каф. соц. работы УНПК «СПС» АГУ, 2000. – 123 с.
4. Богданова, А.А. Организация работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография / А.А. Богданова, О.Ф. Богатая, Н.Н. Иванова и др. – Красноярск: ЦНИ Монография, 2014. – 175 с.
5. Включение детей с ограниченными возможностями здоровья в программы дополнительного образования: методические рекомендации. Отв. ред. С.В. Алехина: Моск. городской психолого-пед. ун-т, Ин-т проблем интегративного (инклюзивного) образования [и др.]. – М.: МГППУ, 2012. – 208 с.
6. Всемирная декларация об образовании для всех и рамки действий для удовлетворения базовых образовательных потребностей от 9.03.1990. – [Электронный ресурс] – Режим доступа – [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/pdf/jomtien.pdf](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/jomtien.pdf).
7. Гордеева, А.В. Реабилитационная педагогика: учеб. пособие для студентов пед. вузов и колледжей / А.В. Гордеева. – М.: Акад. проект; Королев: Парадигма, 2005. – 317 с.
8. Грачев, Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов / Л.К. Грачев. – М.: АСТ, 2006. – 210 с.
9. Григорьев, С.Л. Словарь основных понятий по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / С.Л. Григорьев, Л.Г. Гусякова, Л.Д. Демина, Л.К. Синцова. – Барнаул: Алт. регион. науч. центр СО РАО, 1997. – 64 с.
10. Декларация прав ребенка от 20.11.1959. – [Электронный ресурс] – Режим доступа – [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/childdec.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml)
11. Загвязинский, В.И. Методология и методы психолого педагогического исследования: учебное пособие / В.И. Загвязинский, Р. Атаханов. – М.: Academia, 2012. – 208 с.
12. Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г. – [Электронный ресурс] – Режим доступа – [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/childcon.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml)
13. Нозикова Н.В. и др. Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография. Ред. Н.В. Лалетина. – Краснодар: АНО «Науч.-образовательный центр «Перспектива», 2013. – 147 с.
14. Разина Т.В. Занимательные игровые упражнения с предметами для развития мелкой моторики у детей: упражнения с мячиками, эспандерами, карандашами, прищепками, шариками и валиком су-джок в стихотворной форме. издательство: Учитель. Год издания: 2019. ISBN: 978-5-7057-5544-8
15. Соколов Дмитрий. Книга сказочных перемен. М.: Академия, 2019. – 268 с.
16. Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. Арт-педагогика и арт-терапия в специальном образовании. М.: Академия, 2011. – 248 с.
17. Грегг М. Ферс: Тайный мир рисунка. Перевод с англ. СПб «Деметра», 2003. – 176 с.
18. Копытин А.И. «Практикум по арт-терапии» С.-П. 2000 г.
19. Петрова, Е.Э., Дегтярев Л.И. Специфика организации инклюзивного обучения в общеобразовательной организации: методическое пособие для директоров ОУ, педагогов, психологов, коррекционных педагогов. Новосибирск: изд-во НИПКИПРО, 2019. – 128 с.
19. Степанов С.С. «Диагностика интеллекта методом рисуночного теста» М. 2019 г.