



РЕСУРСНЫЙ  
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ  
ЦЕНТР ПО ОБУЧЕНИЮ  
ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОВЗ



КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

**«ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ  
И ОВЗ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

Тема 1. Характеристика особых образовательных потребностей обучающихся с инвалидностью и ОВЗ с учетом особенностей психофизического развития

# Группы лиц с ОВЗ

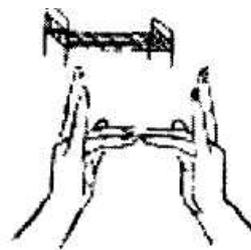


**Дети с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья) – это дети, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии.**

## **Категории детей с нарушениями в развитии:**

- 1) дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) дети с нарушениями речи;
- 4) дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);
- 5) дети с задержкой психического развития (ЗПР);
- 6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- 7) дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения (РАС);
- 8) дети с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

# Лица с нарушениями слуха



кровать



спать



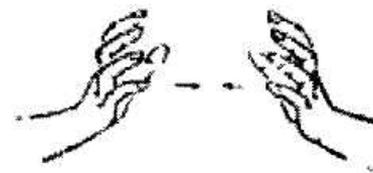
ласковый



чайник



работать



жадный

# **КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА**

## **ГЛУХИЕ ДЕТИ**

**дети, для которых в результате врожденной или приобретенной в раннем возрасте глухоты невозможно самостоятельное овладение словесной речью**

## **СЛАБО СЛЫШАЮЩИЕ ДЕТИ**

**дети, у которых снижен слух, но на его основе возможно самостоятельное развитие речи. К ним относятся дети со снижением слуха от 20 до 75 дБ.**

# КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

## **РАНООГЛОХШИЕ**

Речь детей не формируется

## **ПОЗДНООГЛОХШИЕ**

У этих детей к моменту наступления нарушения слуха речь уже была сформирована.

**ГЛУХИЕ ДЕТИ**

Степень потери слуха	в Дб	Качество слух.восприятия	Доступность самост.общения	Рекоменд.образ.траектория
1 степень тугоухости	До 40 Дб	Слышат разборчиво разговорную речь до 6 м и не слышат шепота	Речь возникает самостоятельно. Самостоятельная речь доступна	Обучение в массовой школе со слух.аппаратом
2 степень тугоухости	До 55 Дб	Слышат разборчиво разговорную речь до 1-3 м	Речь возникает самостоятельно, но с минимальными отклонениями	Обучение в СкОУ II вида (1 отделение) со слух.аппаратом / Обучение в массовой школе со слух.аппаратом, если ребенок псих-ки и физ-ки развит
3 степень тугоухости	До 70 Дб	Слышат разборчиво громкую речь около уха	Речь возникает самостоятельно, но со значительными отклонениями. Соц.общение затруднено	СкОу II вида (1 отделение)
4 степень тугоухости	До 90 Дб	Слышат неразборчиво крик около уха	Самостоятельно возникает минимальная словесная речь. Соц.контакты нарушены	СкОу II вида (2 отделение)
глухота	С 91 Дб	Не слышат даже крики	Речь не возникает. Самостоятельная речь вне спец.обучения отсутствует. Жестовая речь.	СкОУ I вида

# Психолого-педагогическая классификация (Р. М. Боскис)

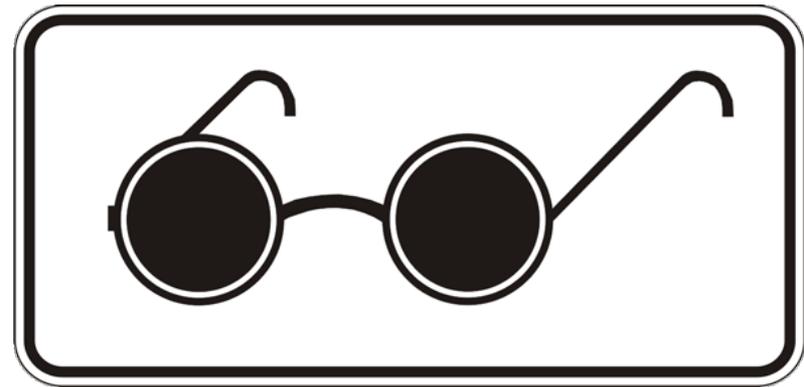
Критерий: способность к самостоятельному появлению словесной речи.

- **Глухие** – лицо, остатков слуха которого осталось недостаточно, чтобы появилась речь.
- **Слабослышащие** – лицо, остатков слуха которого осталось достаточно для самостоятельного появления хотя бы минимальной словесной речи.
- **Позднооглохшие** – лицо, у которого стойкий глубокий дефект слуха (глухота), возникший после сензитивного речевого развития (у девочек – до 1 года – 4 года, у мальчиков – 1 год 2 мес. – 5 лет).

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЛУХА



# Лица с нарушениями зрения



# КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

## СЛЕПЫЕ ДЕТИ (НЕЗРЯЧИЕ)

Дети с полным отсутствием зрительных ощущений, сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (с максимальной остротой зрения 0,04 на лучше видящем глазу с применением очков).

Слепота – двусторонняя неизлечимая потеря зрения.

## СЛАБО ВИДЯЩИЕ ДЕТИ

Составляют относительно большую группу. К ним относятся дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4, а также с другими нарушениями: сужение поля зрения, патология цветоощущения, косоглазие.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

## **СЛЕПОРОЖДЕННЫЕ**

(отсутствуют зрительные представления)

## **ОСЛЕПШИЕ**

(зрительные представления остались в их памяти)

Чем позже ребенок потерял зрение, тем легче ребенок вспоминает образ предмета (явления) по словесному описанию

**СЛЕПЫЕ  
(НЕЗРЯЧИЕ)  
ДЕТИ**

# КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

дети с остротой зрения  
от 0,05 до 0,4

дети с нарушением  
поля зрения

дети с патологией  
цветоощущения,  
косоглазием

**СЛАБО  
ВИДЯЩИЕ ДЕТИ**

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ



# Лица с нарушениями речи



# Клинико-педагогическая классификация нарушений речи

## НАРУШЕНИЯ УСТНОЙ РЕЧИ

**ДИСФОНИЯ (АФОНИЯ)**  
РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА

**ДИСЛАЛИЯ**  
НАРУШЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

**БРАДИЛАЛИЯ**  
ПАТОЛОГИЧЕСКИ ЗАМЕДЛЕННЫЙ ТЕМП

**ТАХИЛАЛИЯ**  
ПАТОЛОГИЧЕСКИ УСКОРЕННЫЙ ТЕМП

**ЗАИКАНИЕ**  
НАРУШЕНИЕ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

**РИНОЛАЛИЯ (ГНУСАВОСТЬ)**  
НАРУШЕНИЕ ТЕМБРА И ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

**ДИЗАРТРИЯ**  
НАРУШЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

**АЛАЛИЯ**  
СИСТЕМНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ

**АФАЗИЯ**  
СИСТЕМНОЕ НАРУШЕНИЕ (РАСПАД) РЕЧИ

## НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

**ДИСЛЕКСИЯ (АЛЕКСИЯ)**  
РАССТРОЙСТВО ПРОЦЕССА ЧТЕНИЯ

**ДИСГРАФИЯ (АГРАФИЯ)**  
РАССТРОЙСТВО ПРОЦЕССА ПИСЬМА

# ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

**ФНР**

**Фонетическое нарушение –**  
нарушения звукопроизношения, в основе которого не лежат нарушения фонематического слуха.

**ФФНР**

**Фонетико-фонематическое нарушение –**  
нарушения звукопроизношения вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

**ОНР**

**Общее недоразвитие речи –**  
сложные речевые расстройства, при которых нарушается формирование всех компонентов речи

**ЗАИКАНИЕ**

**Нарушение коммуникативной функции**

**НАРУШЕНИЯ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ (КОМПОНЕНТОВ РЕЧИ)**

**Нарушение применения средств общения**

# ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

ОРГАНИЧЕСКИЕ  
ИЛИ  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ  
НАРУШЕНИЯ

ПОВЫШЕННАЯ  
УТОМЛЯЕМОСТЬ.  
СНИЖЕНИЕ  
РАБОТОСПОСОБНОСТИ

СНИЖЕНИЕ  
ВНИМАНИЯ,  
ВЕРБАЛЬНОЙ  
ПАМЯТИ

**НЕРВНАЯ  
СИСТЕМА**

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ  
НЕУСТОЙЧИВОСТЬ,  
СВОЕОБРАЗИЕ  
ХАРАКТЕРА

РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ,  
ДВИГАТЕЛЬНАЯ  
РАСТОРМОЖЕННОСТЬ

ОГРАНИЧЕНИЕ  
В ОБЩЕНИИ

# Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата



# ВИДЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

**ПАРАЛИЧИ** – ОТСУТСТВИЕ ДВИЖЕНИЙ

**ПАРЕЗЫ** – ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ

**ДИСТОНИИ** – НАРУШЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА

**ГИПЕРКИНЕЗЫ** –  
НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДВИЖЕНИЯ

**СКОЛИОЗЫ**, НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ

**АТАКСИИ** – НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ  
И КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ

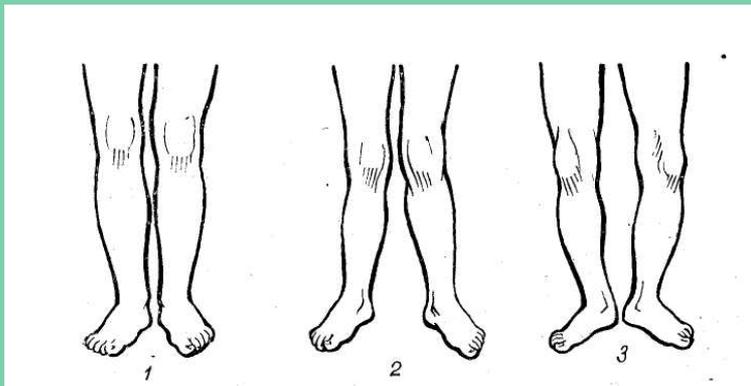
**ПЛОСКОСТОПИЕ**

НАРУШЕНИЕ ОЩУЩЕНИЙ ДВИЖЕНИЯ –  
**КИНЕСТЕЗИИ**

# ПРИМЕРЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ



ГЕМИБАЛЛИЧЕСКИЙ ГИПЕРКИНЕЗ

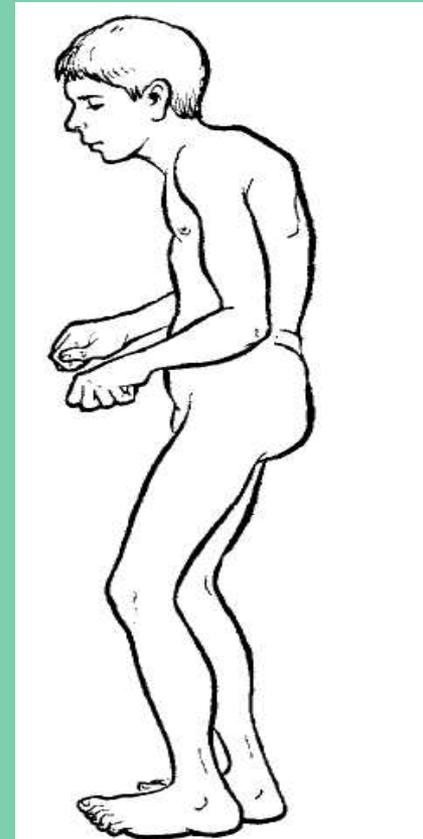


НОРМА

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ  
ФОРМИРОВАНИЕ  
ФОРМЫ НОГ



ТОРЗИОННЫЙ  
СПАЗМ

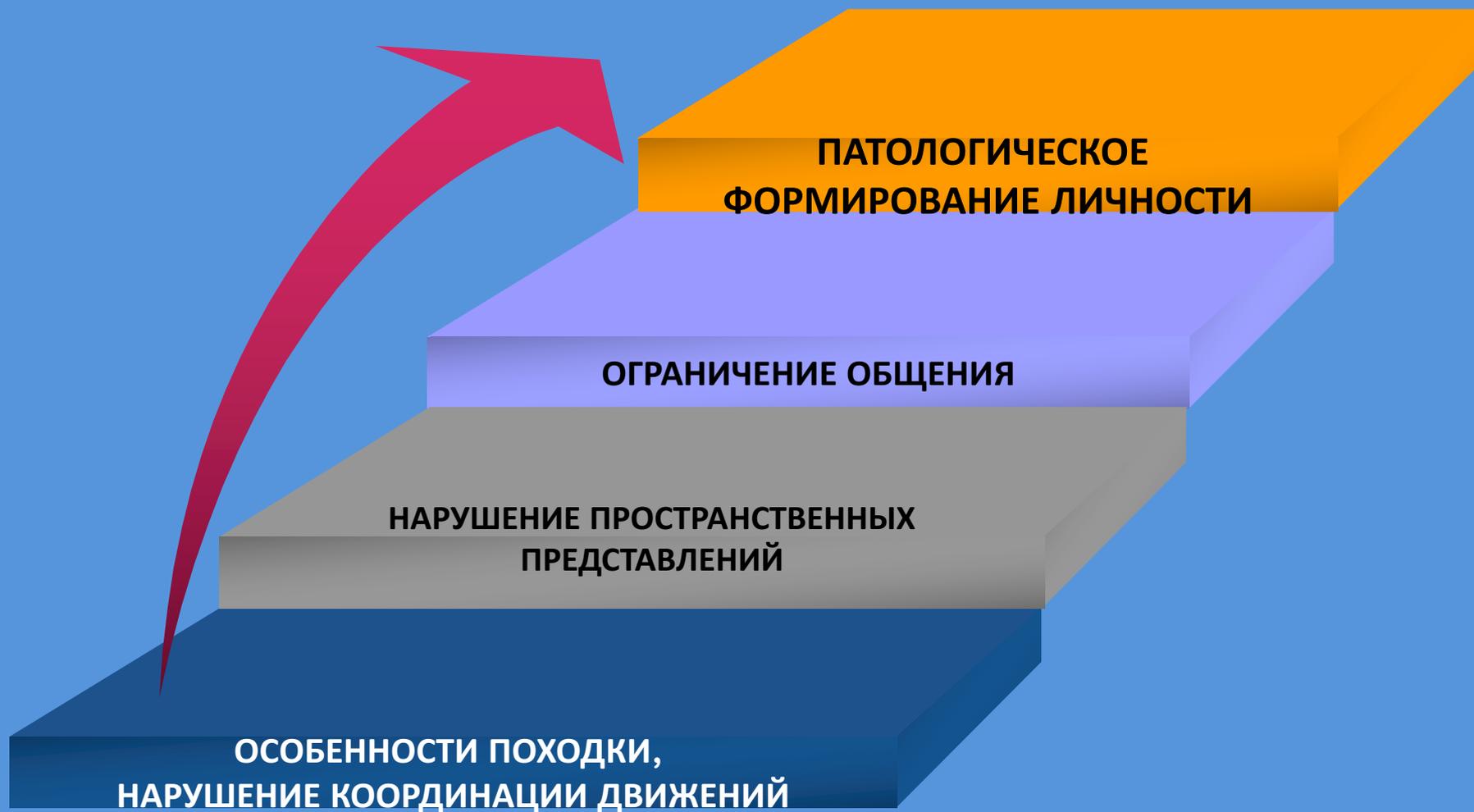


ХАРАКТЕРНАЯ  
ПОЗА БОЛЬНОГО  
ПРИ СИНДРОМЕ  
ПАРКИНСОНИЗМА

# Классификация ДЦП по Семеновой(1978)

- Гемипаретическая;
- Гиперкинетическая;
- Спастическая диплегия;
- Двойная гемиплегия;
- Атонически-астатическая форма

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА



# Лица с задержкой психического развития



# Классификация детей с задержкой психического развития по Т.А. Власовой, М.С. Певзнер

1

ЗПР,  
сопровождающаяся  
психическим и  
психофизическим  
инфантилизмом

(гармоническим или  
дисгармоническим)

**Инфантилизм** – состояние,  
при котором в психике  
и поведении ребенка  
сохраняются черты, присущие  
ранней ступени развития

2

ЗПР со стойкой  
церебральной астенией

**Церебральная** – мозговая;  
**астения** – ослабленность

# Классификация детей с задержкой психического развития по К.С. Лебединской

**ЗПР**

конституционального  
происхождения

**ЗПР**

соматогенного происхождения

**ЗПР**

психогенного происхождения

**ЗПР**

церебрально-органического  
происхождения

**Группы детей  
с ЗПР**

# Психолого-педагогическая характеристика

## детей с ЗПР

Отставание в психическом развитии во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста

Замедленная скорость приёма и переработки сенсорной информации

Недостаточная сформированность умственных операций

Низкая познавательная активность и слабость познавательных интересов

Ограниченность, отрывочность знаний и представлений об окружающем

Отставание в речевом развитии:  
недостатки произношения,agramматизмы, ограниченность словаря



Общие признаки

# Лица с умственной отсталостью



# Формы умственной отсталости

**Олигофрения**

**Умственная отсталость, которая возникает вследствие органического поражения коры головного мозга в пренатальный натальный и постнатальный периоды**

**Деменция**

**Умственная отсталость, которая возникает после определенного периода нормального развития ребенка (после двух лет). Часто возникает при текущих заболеваниях мозга**

# Степени умственной отсталости по МКБ-10 и МКБ-9

<b>IQ</b>	<b>шифр</b>	<b>МКБ-10</b>	<b>МКБ-9</b>
<b>50-70</b>	<b>F 70</b>	<b><u>Легкая умственная отсталость</u>, затруднения в учении</b>	<b>Дебильность</b>
<b>35- 49</b>	<b>F 71</b>	<b><u>Умеренная умственная отсталость</u>, трудности в обучении</b>	<b>Имбецильность</b>
<b>20-34</b>	<b>F 72</b>	<b><u>Тяжелая умственная отсталость</u>, значительные трудности в обучении</b>	
<b>менее 20</b>	<b>F 73</b>	<b><u>Глубокая умственная отсталость</u></b>	<b>Идиотия</b>

Клинико-патогенетическая классификация умственной отсталости  
(по Г.Е. Сухаревой)

Неосложненная  
форма умственной  
отсталости

Осложненные  
формы умственной  
отсталости

Атипичические  
формы умственной  
отсталости

С церебрастеническим или  
гипертензионным  
синдромами

С выраженными  
расстройствами поведения

С эмоционально-волевыми  
расстройствами

С частыми  
эпилептическими  
припадками

С прогрессирующей  
гидроцефалией

С эндокринными  
расстройствами

С нарушениями зрения  
или слуха

## Клинические формы умственной отсталости

### Олигофрения

Неосложненная форма олигофрении

Олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамики

Олигофрения, осложненная психопатоподобными расстройствами поведения

Олигофрения, осложненная нарушениями в области отдельных анализаторов

Олигофрения, осложненная выраженной лобной недостаточностью

### Деменция

Органическая деменция

Эпилептическая деменция

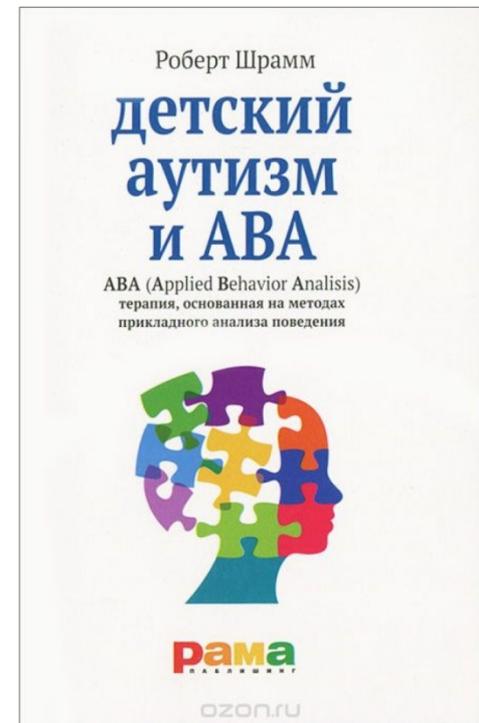
Шизофреническая деменция

Клинико-патогенетическая классификация олигофрении (по М.С. Певзнер)

# *Диагностические критерии умственной отсталости*

- *Клинический* - наличие органического поражения головного мозга;
- *Психологический* - стойкое нарушение познавательной деятельности;
- *Педагогический* - низкая обучаемость.

# Лица с нарушением эмоционально-волевой сферы и поведения



# **Классификация общих расстройств психологического развития по МКБ-10**

**F.84.0. Детский аутизм**

**F.84.1. Атипичный аутизм**

**F.84.2. Синдром Ретта**

**F.84.3. Другие дезинтегративные расстройства детского возраста**

**F.84.4. Гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.**

**F.84.5. Синдром Аспергера**

**F. 84.8. Другие общие расстройства развития.**

**F. 84.9. Общие расстройства развития, не уточненные**

# Классификация аутизма (Никольская О.С.)

- Первая форма – полная отрешенность от происходящего;
- Вторая форма – активное отвержение;
- Третья форма – захваченность аутистическими интересами;
- Четвертая форма – чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия.

- **Дети 1-й группы с аутистической отрешённостью от окружающего** характеризуются наиболее агрессивной патологией, наиболее тяжёлыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны. Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжёлые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими. Не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они бездеятельны, и беспомощны, редко владеют навыками самообслуживания.
- Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными. Полностью несостоятельными в произвольной деятельности. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо. Элементарный счёт и даже чтение про себя. Но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.
- **Дети 2-й группы с аутистическим отвержением окружающего** характеризуются определённой возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счёт аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки. Взмахи рук, перебежки и т.д.), сенсорных ( самораздражение зрения, слуха, осязания) и т.д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне. Внешний рисунок их поведения \_ манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно мало доступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная « симбиотическая» связь с матерью. Ежеминутное присутствие которой- непреложное условие их существования.
- Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще- массовой, реже во вспомогательной).

- Дети 3-й группы с **аутистическими замещениями окружающего мира** характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребёнком как стихийная психодрама, которая снимает пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развёрнутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны. Низка способность к сопереживанию. При развёрнутом монологе очень слаб диалог.
- Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.
- Дети 4-й группы характеризуются **сверхтормозимостью**. У них не менее глубок аутистический барьер, меньше выражена патология аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане \_ неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счёт активного усвоения поведенческих штампов. Формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от неё.
- Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одарённость.

# Признаки аутизма

- Отсутствие реакций на эмоции других людей, на изменения социальной ситуации
- Неконтактность, отсутствие эмоциональной реакции на попытки вступить в беседу с ребёнком
- Привязанность к ритуалам нефункционального характера (озабоченность датами, маршрутами, расписаниями и т.п.)
- Склонность к жёсткому, раз и навсегда заведённому порядку в повседневной жизни, болезненная реакция на изменения этого порядка
- Использование периферического зрения при всех контактах, т.е. аутист никогда не смотрит в глаза



- Недостаточная гибкость речевого выражения, нарушенное использование интонаций при общении
- Отсутствие сопровождающей речь жестикуляции
- Ограниченный круг интересов
- Стереотипное, повторяющееся поведение
- Помимо специфических признаков часто обнаруживается ряд других проблем: страхи, нарушения сна и приёма пищи, вспышки гнева и агрессивность. В большинстве случаев (в 3 из 4) имеется умственная отсталость

■ Нарушение социальных взаимодействий

■ Нарушения в общении

■ Нарушения в поведении

■ Факультативно

# Лица с тяжелыми множественными нарушениями в развитии



# Варианты происхождения сложных дефектов:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);
- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);
- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);
- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;
- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

# К группе высокого риска относятся:

- дети с выявленным поражением какой-либо одной системы организма (тяжелое поражение ЦНС, глубокое поражение слуха, зрения, движений);
- дети с врожденными множественными пороками развития;
- глубоко недоношенные дети;
- дети, матери которых перенесли во время беременности инфекционные заболевания ( краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, грипп и др.);
- дети, перенесшие нейроинфекцию (менингит или менингоэнцефалит) в раннем возрасте;
- дети, рожденные матерями, имеющими такие хронические заболевания (диабет, хронические заболевания почек, рассеянный склероз, гепатит и др.);
- дети из семей, где отмечалось рождение родственников с множественными поражениями;
- дети, у которых сразу после рождения обнаруживаются трудности глотания и сосания из-за сужения или атрезии хоан.

# **КЛАССИФИКАЦИЯ СЛОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ ПО М.В. ЖИГОРЕВОЙ**

## **1 (низкий) уровень психического развития**

представлен немногочисленной группой детей с комплексными нарушениями.

Дети характеризуются стойкими нарушениями психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в сфере социального развития, познавательных процессов, речевом развитии. У подавляющего большинства детей отмечается формальный контакт со взрослыми или наблюдаются случаи полного отказа от сотрудничества. Пассивность и крайне сниженная потребность в общении, слабый интерес к окружающему тормозят процесс формирования коммуникативных средств. Дети длительное время остаются на эмоционально-личностной форме общения, предпочитая телесный контакт: основными средствами у детей являются

экспрессивно-мимические проявления, отдельные вокализации.

Им доступна в основном совместная деятельность с педагогом, психологом. Подражательная деятельность не сформирована, в отдельных случаях присутствуют только ее начатки. Саморегуляция и контроль отсутствуют, дети инертны. Помощь не воспринимают.

Зона ближайшего развития детей I (низкого) уровня значительно сужена.

## **2 (средний) уровень психического развития**

**К этому уровню было отнесено наибольшее количество детей.**

**Имеющиеся различные нарушения, представленные в структурах комплексного нарушения II уровня, влекут за собой неравномерное изменение различных сторон психической деятельности. Одни психические процессы оказываются не сформированными более резко, другие - относительно благополучны.**

**Для детей II уровня характерна недостаточность наглядно-действенного, наглядно-образного мышления, низкий уровень словесно-логического мышления. Дети не владеют в полной мере интеллектуальными операциями, которые являются необходимыми компонентами мыслительной деятельности, в частности, такими, как анализ, синтез, сравнение. Внимание недостаточно устойчивое. Отставание в развитии моторики (двигательная неловкость и недостаточная координация) прослеживается у всех детей II уровня. Отмечаются нарушения в эмоционально-волевой сфере.**

**Дети с комплексными нарушениями II уровня более перспективны в плане развития и интеграции в общество, у них ярче проявляется адекватность поведения, они энергичны в своих действиях в отличие от детей I уровня.**

### **3 (выше среднего) уровень психического развития**

**Сравнительно рано приучаются к общественным правилам поведения, овладевают в достаточном объеме навыками самообслуживания, коммуникации, игровыми действиями.**

**Общим для них в отставании развития мышления является недостаточная сформированность операций обобщения, абстрагирования. В то же время, у большей части детей данного уровня сформированы операции анализа, синтеза, и они могут применять их в решении несложных задач, т.е. дети способны к переносу усвоенных умений и навыков в различных ситуациях. В процессе самостоятельной деятельности при выполнении заданий дети используют самые незначительные остатки зрения и слуха. У детей III уровня внимание, эмоционально-волевая сфера более устойчивы, эмоциональные проявления адекватны и разнообразны, наблюдается уравновешенность процессов возбуждения и торможения, что дает возможность регулировать свое поведение. Отсутствие или частичная потеря зрения, слуха, нарушения опорно-двигательной системы, задержки психического развития, наблюдаемые у детей с комплексными нарушениями III уровня, значительно сужают канал в познании окружающего мира и планомерности формирования речи.**

**Характер деятельности детей III уровня более целенаправленный, произвольно управляемый, мотивированный. Для ребенка возникает значимость достижения определенного результата своей деятельности. Этих детей отличают также положительные изменения в развитии личностных компонентов: правильное понимание ситуации, выраженная чувствительность к похвалам и порицанию, осуществление контроля за своей деятельностью, умение использовать оказанную помощь.**

# **В КАЖДОМ КЛАССЕ (НА СТУПЕНИ) МОГУТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ДЕТИ, ИМЕЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

- 1. дети с тяжёлыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, не передвигающиеся самостоятельно (вследствие сложных форм ДЦП со спастическим тетрапарезом, гиперкинезами и т.д.), в сочетании с нарушениями интеллекта, нуждающиеся в постоянной физической помощи взрослого (в переносе, передвижении коляски, при одевании и раздевании, туалете, приеме пищи и т.д.);**
- 2. дети с расстройствами аутистического спектра в сочетании с нарушениями интеллекта, у которых присутствует агрессия, самоагрессия, крик, стереотипии, «полевое» поведение и другие проявления деструктивного характера. В связи с этим они нуждаются в постоянном присмотре и сопровождении;**
- 3. дети с умеренной умственной отсталостью, без других нарушений или в сочетании с более лёгкими формами (чем в двух вышеназванных случаях) других нарушений, не требующие постоянной помощи и контроля со стороны персонала;**
- 4. дети с сенсорными нарушениями в сочетании с нарушениями интеллекта в форме умеренной, тяжелой или глубокой умственной отсталостью, но без выраженных нарушений поведения или ОДА. Сбалансированная вариативная комплектация классов/ступеней, во-первых, позволяет создать условия, которые благоприятствуют тому, что дети, несмотря на их разные возможности, учатся подражать и помогать друг другу. Во-вторых, позволяет рационально распределять нагрузку персонала класса, связанную с уходом за детьми и обеспечением их безопасности.**

