

Государственное специальное (коррекционное) образовательное автономное учреждение Амурской области для обучающихся воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 9, с. Ивановка

ДОКЛАД

Тема:

"Психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья"

Выполнила:
Карюк Е.В.,
педагог-психолог

Октябрь-2014г.

«Никогда люди не знали о себе меньше, чем в этот психологический век».

Э. Канетти.

Меняются времена, а вместе с ними возникают иные условия жизни человека. И каждому, кто пытается идти в ногу с новым веком, оказывается очень нужным умение владеть своими мыслями и чувствами, умение мобилизоваться и преодолевать сложности.

Крайне актуальной в настоящее время является проблема использования адекватной терминологии среди специалистов, имеющих отношение к работе с детьми.

Сегодня исключены такие термины, как «**дети-дебилы**», «**имбицилы**», «**шизофреники**», и просто «**ненормальные**», «**дефективные**», как абсолютно не отвечающие ни гуманистическим принципам, ни этике педагога, ни тем более – психологическому содержанию.

В то же время, официально используемое сейчас определение «**дети с ограниченными возможностями здоровья**» также не отражает психологическое содержание состояния ребёнка, т.к. в ней не уточняется, какое «здоровье» имеется в виду: физическое, психическое или социальное.

Наиболее адекватный термин, считают современные психиатры и психологи, - это **дети с ограниченными возможностями здоровья**, традиционно это определение распространяется на детей с выраженными отклонениями, такими как умственная усталость, сенсорные дефекты (слух, зрение), нарушения опорно-двигательного аппарата, психические заболевания.

Таким образом, терминологически и содержательно правильным применительно ко всем категориям детей с проблемами будет термин «**отклоняющееся развитие**».

Развитие детей, обучающихся в школах 8 вида, характеризуется крайне низкими показателями адекватности, критичности, обучаемости, отличаются грубым несоответствием психомоторного, психоэмоционального, речевого развития, а также социальной незрелостью в сравнении со своими нормальными сверстниками.

Отклоняющееся развитие в свою очередь делится на подгруппы, одной из которых является **тотальное недоразвитие**.

В рамках подхода психологов Н.Я.Семаго и М.М.Семаго к коррекционно – развивающей работе были выделены **3 типа тотального недоразвития:**

- **простой уравновешенный;**
- **аффективно-неустойчивый;**
- **тормозимо-инертный.**

Для простого **уравновешенного типа** наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребёнка, которая сочетается с непосредственностью реакций для младших школьников и сниженностью, приглушённости ориентировочного реагирования. Темп и работоспособность при доступности задания (как правило наглядно-действенного характера) могут приближаться к нормативным, но самоконтроль малодоступен, а критичность к результатам своей деятельности выражено снижена. Ребёнок, как правило, находится в «**благодушном**» настроении.

В целом его деятельность носит манипулятивный, подражательный характер, опирающийся на внешний рисунок, а не на смысловой контекст деятельности. Дети этого типа, как правило, зависимы, несамостоятельны, но и не злобны. Они достаточно ориентированы на оценку другого человека и отличаются правильным поведением. В силу некритичности их притязания на успех могут быть завышены. Несмотря на то, что детям данной категории показаны практически все виды развивающей работы, обязательным является работа

логопеда и психолога с целью общепринятыми программами развития, также наблюдение врача с целью определения медикаментозной поддержки и стимуляции развития. При такой организации жизнедеятельности ребёнка можно ожидать медленную, но динамику развития. Удовлетворительную социальную адаптацию (в случаях лёгкой степени).

При неблагоприятных условиях в подростковом периоде возможно ухудшение (**девиация**) состояния в сторону аффективно – неустойчивого или тормозимо – инертного типов, что естественно осложнит социальную адаптацию ребёнка и увеличит риск формирования асоциальных форм поведения.

Основным диагнозом, который ставят врачи этим детям, является **«Умственная отсталость». Олигофрения в степени дебильности, имбецильности, идиопатии» (Ф – 70 – Ф – 71) .**

Аффективно – неустойчивый тип тотального недоразвития характеризуется выраженной импульсивностью (нарушениями целенаправленности) поведения и деятельности в целом, трудностями организации поведения, немотивированными перепадами настроения от эйфории к дисфории и наоборот.

Дети быстро пресыщаются. На фоне пресыщения чаще и возникают вспышки агрессивности. Характер игры мало чем отличается от предыдущего типа, но в общении со сверстниками может быть деструктивным. Агрессивен и вспыльчив, наблюдается расторможенность влечений, что проявляется в подростковом возрасте, особенно ярко в виде расторможенности сексуальных влечений. Нарушения познавательной деятельности более выражены по сравнению с предыдущим типом вследствие грубой импульсивности и нецеленаправленности. В целом, при одинаковом уровне актуального развития с детьми уравновешенного типа, они демонстрируют более низкие результаты. Среди таких детей чаще встречаются дети с органическими заболеваниями и ранними повреждениями.

Для данной категории детей целесообразно проводить любую коррекционную работу на фоне или после курсов медикаментозной терапии. Дальнейшая работа должна быть направлена в первую очередь на формирование произвольной регуляции деятельности контроля. Помимо низкой динамики развития, которая сильно связана с успешностью медикаментозной терапии, можно говорить о неблагоприятном прогнозе и большой вероятности признания ребёнка инвалидом.

Основным диагнозом является **«атипичная»** (явная по М.С.Познеру) **форма олигофрении** со значительными поведенческими нарушениями, требующими внимания и лечебных мер (Ф – 70.1 - Ф – 70.8) или гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (Ф – 84.4.).

Спецификой детей с **тормозимо – инертным типом** тотального недоразвития является вялость, заторможенность, низкий уровень психической активности. Достаточно часто при этом типе отмечается поражение ЦНС (в частности – эпилепсия или эпилептический синдром).

Общий фон настроения может быть сниженным, дети часто плаксивы. Ребёнок с трудом вступает в контакт, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельности и может испытывать дискомфорт при её прерывании. В эмоциональных реакциях ребёнок инертен. Сами реакции значительно упрощены. От контактов с детьми часто уклоняются, склонны находиться рядом с взрослыми или ребёнком, к которому привык и от кого зависим. Для этого типа развития наиболее специфичным является низкий уровень деятельности, выраженная инертность, склонность к реакциям, тормозного типа: замыкание в себе, прекращение работы. В тоже время, ребёнок легко отвлекаем и тормозим. Развитие познавательной деятельности отягощаются инертностью и тугоподвижностью психических процессов.

Общий уровень развития моторики, как правило, ниже, чем в предыдущих случаях. Наиболее характерными нарушениями, свидетельствующими о несформированности целостного представления картины мира, для детей этого типа развития являются трудности определения пространственных отношений между объектами и «оречевление» этих взаимоотношений: неправильное употребление предлогов в речи, невозможность вербализации отдельных пространственно – временных и причинно - следственных взаимоотношений. Для детей этого типа развития приемлемы различные варианты развивающей коррекционной работы. Прогноз развития этих детей в большей степени зависит от адекватности и эффективности медикаментозного лечения.

Основным диагнозом может быть: **«Умственная отсталость с минимальными поведенческими нарушениями или отсутствием их» (Ф – 70.0).**

Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют глубокое своеобразие в своём психофизическом развитии.

Психологи А.Ф.Ануфриев и С.Н.Костромина выделили ряд трудностей в обучении младшего школьника и возможные психологические причины данных трудности: пропускают буквы в письменных работах, допускают орфографические ошибки, хотя при этом могут наизусть ответить правило; страдают невнимательностью и рассеянностью; испытывают трудности при решении математических задач; затруднения при пересказывании текста;

Также дети испытывают трудности в понимании объяснения учителя с первого раза; любое задание приходится повторять несколько раз, прежде чем ученик начнёт его выполнять; не ориентируются в тетради; плохо списывают с доски; часто поднимают руку, а при ответе молчат; комментируют оценки и поведение учителя своими замечаниями; долго не могут найти свою парту.

Для большинства детей с ограниченными возможностями здоровья характерна повышенная утомляемость. Они быстро становятся вялыми или раздражительными, плаксивыми, с трудом сосредотачиваются на задании, при

неудачах быстро утрачивают интерес, отказываются от выполнения задания. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство, ребёнок начинает суетиться, усиленно жестикулировать и гримасничать. Темп речи его убыстряется, речь становится малопонятной для окружающих.

Таким образом, учащиеся с ограниченными возможностями здоровья, — это особый объект внимания всех специалистов, которые оказывают помощь.