

Комплексное обследование на ПМПК детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата



Приходько Оксана Георгиевна
доктор педагогических наук, профессор,
директор Института специального
образования и психологии,
заведующая кафедрой логопедии
ГАОУ ВО МГПУ

Категории детей с ОВЗ:

- дети с нарушениями слуха
- дети с нарушениями зрения
- дети с нарушениями речи
- дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА)
- дети с задержкой психического развития (ЗПР)
- дети с нарушениями интеллекта (У/О)
- дети с расстройствами аутистического спектра (РАС)
- дети с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР)

Основные линии развития

**Социальное
развитие**

**Познавательное
развитие**

**Речевое
развитие**

**Физическое
развитие**



Цель комплексной психолого-педагогической диагностики в ПМПК - контроль за ходом психического развития ребенка для последующей коррекции выявленных отклонений

Главная **функция** ППД в ПМПК - определение условий, наиболее благоприятствующих дальнейшему развитию обследуемого ребенка и путей помощи при разработке индивидуальных программ развития.

Задачи психолого-педагогической диагностики:

- выявление отклонений основных линий развития
- определение причин и **характера** первичных нарушений развития обследуемого ребенка, а также **степени выраженности нарушений**
- выявление индивидуально-психологических особенностей развития обследуемого ребенка
- определение **специфических образовательных потребностей** ребенка, путей коррекционно-развивающего воздействия
- обоснование психолого-педагогического **прогноза**

МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

- изучение медицинской и педагогической документации детей, сбор и анализ анамнестических данных
- беседа с родителями, их анкетирование – сбор сведений о моторном, нервно-психическом, доречевом и раннем речевом развитии ребенка
- педагогическое наблюдение в процессе свободной деятельности ребенка
- индивидуальный обучающий эксперимент (задания, адекватные возрасту и состоянию)

ЭТАПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1.

- сбор данных

2.

- переработка и интерпретация данных

3.

- вынесение решения
(заключение, пути помощи)

В зависимости от причин и времени воздействия патогенных факторов выделяются следующие виды нарушений опорно-двигательного аппарата:

Заболевания нервной системы:

- Детский церебральный паралич (ДЦП),
- Полиомиелит

Врожденная патология ОДА:

- врожденный вывих бедра; кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника;
- недоразвитие и дефекты конечностей

Приобретенные заболевания и повреждения ОДА:

- травматические повреждения спинного мозга,
- головного мозга и конечностей;
- полиартрит;
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондрострофия, рахит)

Дети с ортопедическим характером двигательных расстройств: поражение опорно-двигательного аппарата не неврологического характера

Обычно эти дети не имеют выраженных нарушений интеллектуального развития.

У некоторых детей замедлен общий темп психического развития и могут быть парциально нарушены отдельные корковые функции, особенно зрительно-пространственные представления.

Дети с ДЦП нуждаются в психологической поддержке на фоне систематического ортопедического лечения и соблюдения щадящего индивидуального двигательного режима.

Речевые нарушения требуют логопедической помощи.

**Дети с неврологическим характером двигательных расстройств:
НОДА обусловлены органическим поражением
двигательных отделов ЦНС**

**Большинство
детей с
двигательной
патологией –
дети с ДЦП
(89%)**

Двигательные расстройства при ДЦП сочетаются с отклонениями в развитии познавательной, речевой и эмоционально-личностной сферы. Поэтому наряду с психолого-педагогической и логопедической коррекцией основная часть детей с ДЦП нуждается также в лечебной и социальной помощи

Детский церебральный паралич

ДЦП – тяжелое заболевание нервной системы

Ведущие в клинической картине ДЦП – двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными приступами

ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и в процессе комплексной реабилитации состояние ребенка, как правило, улучшается

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе – грубые двигательные нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, также как и двигательные имеют разную степень выраженности и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний

Степени выраженности неврологической патологии:

Легкая степень

- гипертензионный синдром,
- гидроцефальный синдром,
- минимальная мозговая дисфункция
- нарушения мышечного тонуса
- синдромы гипер- и гиповозбудимости
- астенический синдром

Средняя степень

- синдромы двигательных расстройств
- эписиндром

Тяжелая степень

- детский церебральный паралич
- органическое поражение ЦНС

Синдромы двигательных расстройств

Основные проявления

Более позднее формирование основных двигательных навыков

Спастичность мышц (повышение мышечного тонуса): увеличение сопротивления пассивным движениям, ограничение спонтанной и произвольной двигательной активности, более поздняя дифференциация и окончательное закрепление определенных двигательных навыков.

Мышечная гипотония (снижение мышечного тонуса): снижение сопротивления пассивным движениям и увеличение их объема. Ограничена спонтанная и произвольная двигательная активность.

Дистония (меняющийся характер мышечного тонуса)

Органическое поражение центральной нервной системы

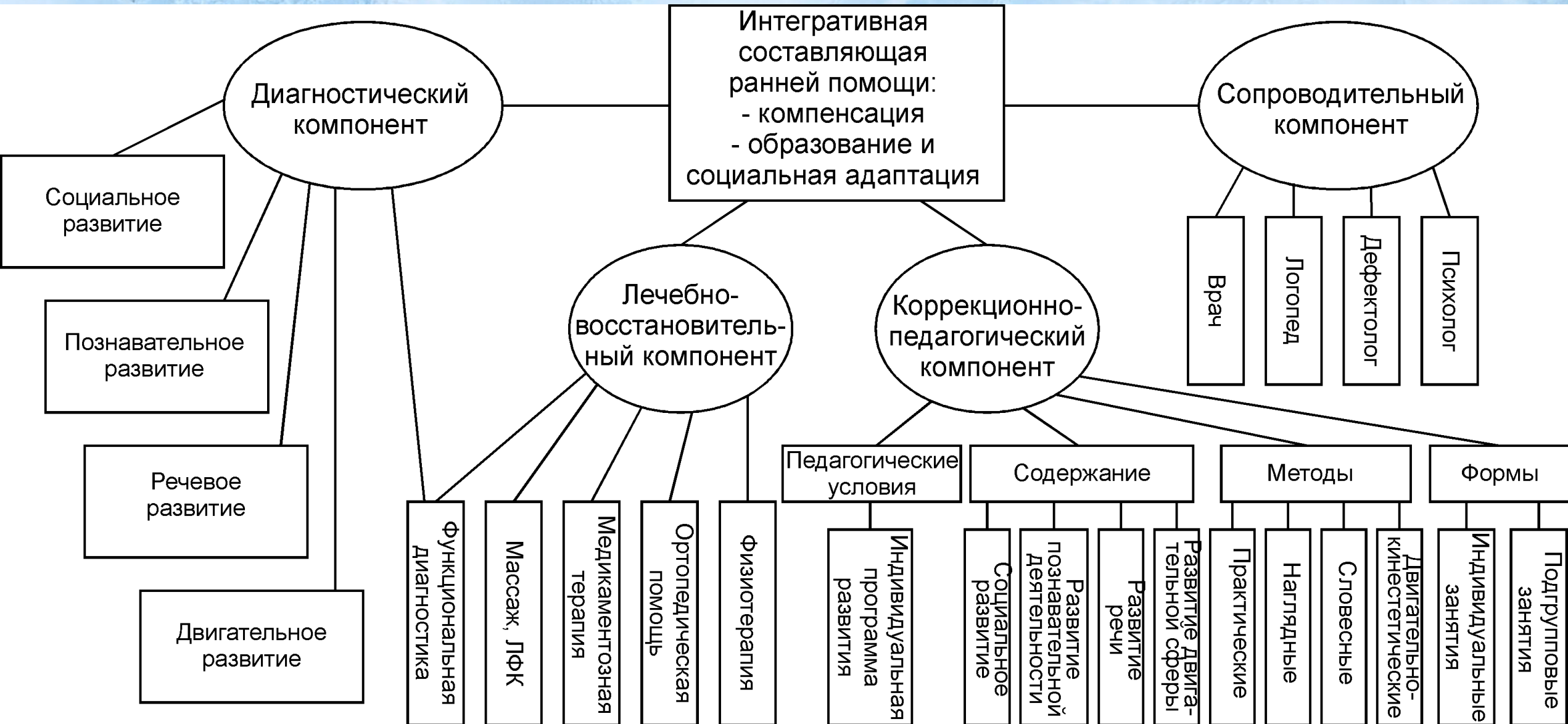
Недоразвитие познавательной деятельности.

Чаще всего оно сочетается с нарушением речевого развития

Отставание в моторном развитии может быть выражено в разной степени – от легких отклонений до выраженных нарушений. Отставание в моторном развитии обусловлено не первичным поражением двигательной системы, а в большей степени снижением мотивации

Уже в первые годы жизни у детей слабо выражены реакции на окружающее, дифференцированные зрительные и слуховые ориентировочные реакции; нарушено развитие манипулятивной и предметной деятельности, понимание обращенной речи, игровой и познавательный интерес, развитие мышления

Компоненты процесса коррекционно-развивающей помощи детям с двигательной церебральной патологией



Комплексный междисциплинарный подход

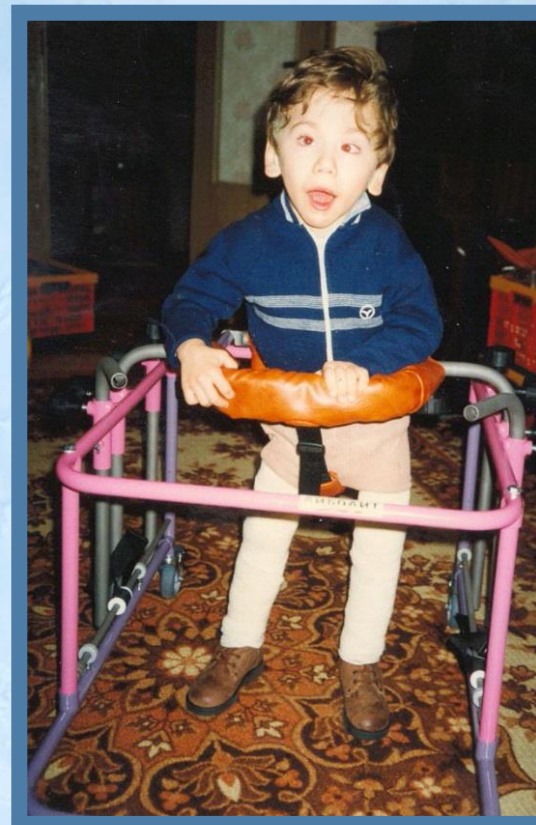


**Ранняя медико-психолого-педагогическая диагностика нарушений развития
у детей с двигательной церебральной патологией**



У детей с двигательной церебральной патологией могут быть нарушены различные «линии развития»:

- двигательное развитие
- психическое развитие
- речевое развитие
- социальное развитие



Это крайне неоднородная группа детей

Отмечаются многовариантные разноуровневые специфические сочетания нарушений различных функциональных систем

Анализ многолетних экспериментальных данных (О.Г. Приходько) показывает, что часть детей с ДЦП имеют **равномерное** отставание по всем линиям развития (**31%**), остальные дети – **неравномерное** развитие (**69%**)

При этом проявления дисгармоничного развития оказываются чрезвычайно разнообразными

ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

```
graph TD; A[ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ] --> B[Общая моторика]; A --> C[Функциональные возможности кистей и пальцев рук]; A --> D[Артикуляционная моторика];
```

Общая моторика

**Функциональные возможности
кистей и пальцев рук**

**Артикуляционная
моторика**

ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА

Двигательные
нарушения
общей моторики
различной степени
тяжести

Нарушения
функциональных
возможностей
кистей
и пальцев рук

Нарушения мышечного тонуса и моторики
артикуляционного аппарата



ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

```
graph TD; A[ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ] --> B[Познавательная деятельность]; A --> C[Личностные особенности]; A --> D[Эмоционально-волевая сфера];
```

**Познавательная
деятельность**

**Личностные
особенности**

**Эмоционально-волевая
сфера**

ПОЗНАВАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

- Сенсорное развитие (зрительное, слуховое, тактильно-кинестетическое восприятие)
- Уровень развития деятельности (предметная, игровая, учебная)
- Мышление (наглядно-действенное, наглядно-образное, абстрактно-логическое)
- Уровень познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности
- Обучаемость и использование фиксированных видов помощи
- Понимание обращенной речи
- Запас знаний и представлений об окружающем
- Внимание
- Память

ПОЗНАВАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Выраженность астенических проявлений

Неравномерный,
дисгармоничный
характер нарушений
отдельных психических
функций

Сниженный запас знаний и представлений об окружающем:

- ❖ вынужденная изоляция,
- ❖ ограничение контактов с другими людьми;
- ❖ затруднения в познании окружающего в процессе практической деятельности, связанные с двигательными и сенсорными расстройствами

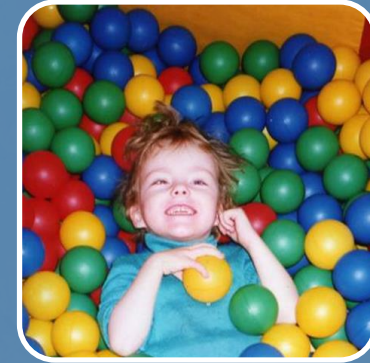
НАРУШЕНИЕ КООРДИНИРОВАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АНАЛИЗАТОРНЫХ СИСТЕМ



Патология зрения
25% детей
с двигательной
церебральной
патологией



Снижение слуха
на высокочастотные
тона с сохранением на
низкочастотные
20-25%



Нарушение мышечно-
суставного чувства
(астереогноз) –
невозможность или
нарушение узнавания
предметов на ощупь,
без зрительного
контроля

НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ

- Парциальность нарушений отдельных корковых функций
- Недостаточность пространственных и временных представлений
- Более позднее формирование представлений о частях лица и тела (нарушение схемы тела), о ведущей руке
- Затруднения дифференциации правой и левой стороны тела
- Нарушения всех видов праксиса
- Трудности усвоения пространственных понятий, понимания предлогов, отражающих пространственные отношения
- Нарушения фонематического восприятия

ПОЗНАВАТЕЛЬНОЕ (ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ) РАЗВИТИЕ

Дети с двигательной церебральной патологией – крайне разнородная группа по состоянию интеллекта

- Нормальный или близкий к нормальному интеллект
- Задержка психического развития органического генеза
- Умственная отсталость различной степени выраженности

Нарушение познавательного развития жестко не связано с тяжестью поражения двигательной сферы и лишь частично соответствует тяжести двигательной патологии

Уровень познавательного развития в целом выше уровня речевого развития

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- замедленность, истощаемость нервно-психических процессов.
- трудности переключения на другие виды деятельности,
- недостаточность концентрации внимания,
- замедленность восприятия,
- снижение объема механической памяти
- низкая познавательная активность:
 - пониженный интерес к заданиям;
 - сниженная сосредоточенность;
 - медлительность;
 - пониженная переключаемость психических процессов
- нарушение целенаправленной деятельности

Низкая умственная работоспособность связана с церебрастеническим синдромом (быстро нарастающее утомление при выполнении интеллектуальных заданий).

Наиболее ярко он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

- Повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность
- Заторможенность, застенчивость, робость
- Колебания настроения
- Плаксивость, капризность, раздражительность
- Реакция протеста, агрессия
- Полное безразличие, равнодушие, безучастное отношение к окружающим
- Благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию

НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

- Осознание собственной неполноценности
- Пониженная мотивация к деятельности
- Страхи, связанные с передвижением и общением
- Стремление к ограничению социальных контактов
- Отсутствие уверенности в себе, самостоятельности, повышенная внушаемость
- Наивность суждений
- Иждивенческие установки, неспособность и нежелание самостоятельной практической деятельности
- Робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы
- Обидчивость, впечатлительность, замкнутость

РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ

```
graph TD; A[РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ] --> B[Импрессивная речь  
(понимание обращенной речи)]; A --> C[Экспрессивная речь  
(собственная речь)]; C --> D[Программа речи  
(уровень речевого развития)]; C --> E[Моторная реализация речи];
```

Импрессивная речь
(понимание обращенной речи)

Экспрессивная речь
(собственная речь)

Программа речи
(уровень речевого развития)

Моторная реализация речи

При изучении **уровня развития экспрессивной речи** учитываются **возрастные (онтогенетические) показатели речевого развития ребенка.**

Необходимо определить, на каком этапе развития находится ребенок: на доречевом или речевом. Если ребенок уже вступил в этап речевого развития, необходимо определить его уровень.

Первый уровень речевого развития:

- полное отсутствие звуковых и словесных средств общения;
- произносит отдельные звуки, звукокомплексы;
- произносит отдельные лепетные, общеупотребительные слова и звукоподражания

Второй уровень речевого развития:

- пользуется простой фразой;
- аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза; активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные; предлоги употребляются редко; слоговая структура слов нарушена

Третий уровень речевого развития:

пользуется развернутой фразой; недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении); слоговая структура слов не нарушена; синтаксические конструкции фраз бедные; фонетико-фонематические нарушения

Четвертый уровень речевого развития:

лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность; недостаточная сформированность связной речи

РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ

94% детей - задержка доречевого и раннего речевого развития. Речевая активность детей низкая.

У всех детей с ДЦП – дизартрические (речедвигательные) расстройства.

Задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической.

Степень выраженности речедвигательных расстройств коррелирует с тяжестью нарушений функций рук.

РЕЧЕДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Варианты нарушений тонуса мышц артикуляционного аппарата:

I вариант – однотипный характер нарушений мышечного тонуса (у одних детей – по типу спастичности, у других – по типу гипотонии, у третьих – по типу дистонии);

II вариант – смешанный, вариативный характер нарушений мышечного тонуса артикуляционного аппарата, например, сочетание спастичности в одних группах мышц и гипотонии – в других.

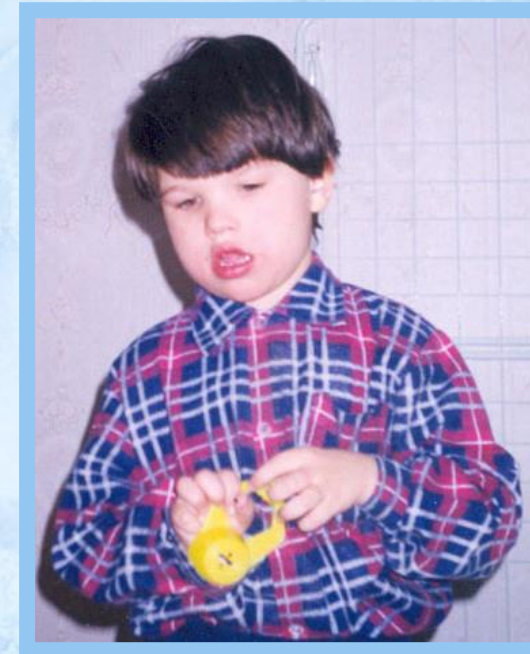


- ограничения объема артикуляционных движений;
- нарушение кинестетических ощущений;
- нарушения акта приема пищи (сосания, откусывания от куска, жевания, глотания);
- гиперсаливация;
- синкинезии;
- повышение глоточного рефлекса;
- произвольные насильственные движения (гиперкинезы, тремор)



ДИЗАРТРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

- специфические нарушения звукопроизношения;
- нарушения дыхания (учащенное, неглубокое, аритмичное),
- силы (тихий, слабый, истощаемый) и тембра (глухой, назализованный, прерывистый, сдавленный, напряженный, хриплый) голоса,
- нарушения просодической организации звукового потока



СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Социальное развитие детей с ДЦП нарушено и качественно своеобразно. Оно отличается большой неравномерностью, т.е. наблюдается значительный разброс показателей социального развития.



В целом уровень социально-эмоционального развития близок к уровню познавательного развития, в то время как степень сформированности навыков самообслуживания ниже показателей тяжести нарушений общей моторики и функций рук.

Классификация ДЦП К.А. Семеновой (1974)



1

• Спастическая диплегия

2

• Двойная гемиплегия

3

• Гемипаретическая форма ДЦП

4

• Гиперкинетическая форма ДЦП

5

• Атонически-астатическая форма ДЦП

6

• Смешанные формы

СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

- ❑ интеллектуальное развитие нормальное или приближено к нормальному развитию ($\approx 15\%$)
- ❑ задержка психического развития органического генеза (может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте)
- ❑ нарушение интеллекта (разной степени тяжести; чаще всего - легкая у/о)

Речевые нарушения (у 85% детей):

- задержка доречевого и речевого развития
- спастико-паретическая дизартрия
- моторная алалия / системное недоразвитие речи

При раннем начале логопедической работы степень выраженности речевых расстройств значительно меньшая

СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

Спастическая диплегия – прогностически благоприятная форма ДЦП в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивных функций рук.

Ребенка можно научить обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков.

СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

СОХРАННЫЕ ФУНКЦИИ

Словесно-логическое мышление относительно сохранно:

выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа не представляют особых трудностей

НАРУШЕННЫЕ ФУНКЦИИ

– **Выраженная недостаточность пространственного гнозиса и праксиса:**

- трудности копирования формы предмета
- зеркальное изображение ассиметричных фигур
- трудности усвоения схемы тела и направления

– **Нарушения функции счета:**

- трудности глобального восприятия количества,
- трудности сравнения целого и частей целого,
- трудности усвоения состава числа,
- трудности восприятия разрядного строения числа, усвоения арифметических знаков

ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

- ❑ Степень интеллектуальных нарушений варьируется от легкой ЗПР до тяжелой умственной отсталости
- ❑ Снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений

Нарушения речевого развития (у 40 % детей):

- задержка речевого развития
- спастико-паретическая дизартрия
- моторная алалия (правосторонний гемипарез)

Обучаемость и уровень социальной адаптации детей определяется не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств. Возможности самообслуживания зависят от степени поражения руки.

ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

Прогноз двигательного развития обычно благоприятный (при своевременно начатом и адекватном лечении). Практически все дети ходят самостоятельно. Возможности самообслуживания зависят от степени поражения руки.

Обучаемость и уровень социальной адаптации детей определяется не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств. Возможности самообслуживания зависят от степени поражения руки.

ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

ЛЕВОСТОРОННИЙ ГЕМИПАРЕЗ

- **патология эмоционально-волевой сферы:**
 - агрессивность
 - инертность
 - эмоциональная уплощенность
- **нарушения поведения**

ПРАВОВОСТОРОННИЙ ГЕМИПАРЕЗ

- **оптико-пространственные нарушения**, которые проявляются при чтении и письме:
 - чтение затруднено и замедлено,
 - дети путают сходные по начертанию буквы,
 - на письме – элементы зеркальности
- **трудности формирования представлений о схеме тела:** дети долго не различают правую и левую руку
- **нарушения функции счета**
- **нарушения речи:** моторная алалия / системное недоразвитие речи

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

- ❑ Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах ДЦП.
- ❑ Интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Только у 25 % детей умственная отсталость.

- ❑ Речевые нарушения – почти у всех детей: задержка речевого развития, гиперкинетическая дизартрия.
- ❑ У 20 – 25 % детей – нарушения слуха (особенно страдает высокотоновый слух).

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

СОХРАННЫЕ ФУНКЦИИ	НАРУШЕННЫЕ ФУНКЦИИ
<ul style="list-style-type: none">– интеллект потенциально сохранный– удовлетворительное развитие праксиса и пространственного гнозиса– легче выполняются визуальные инструкции	<ul style="list-style-type: none">– недостаточность слухового восприятия– речевые нарушения: затруднения при выполнении заданий, требующих речевого оформления, т.е. трудности обучения связаны с нарушениями слуха и речи

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения ЦНС, от характера и интенсивности гиперкинезов. Большинство детей обучается самостоятельно ходить, но произвольные движения (особенно тонкая моторика) значительно нарушены.

Прогностически вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных нарушениях дети могут научиться писать, рисовать.

АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

Интеллектуальные нарушения различной степени тяжести.

Степень снижения интеллекта зависит от локализации поражения мозга.

Речевые нарушения (у большинства детей):

- задержка речевого развития;
- атактическая дизартрия;
- моторная алалия / системное недоразвитие речи.

АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЦП

ПОРАЖЕНИЕ МОЗЖЕЧКА	ПОРАЖЕНИЕ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ
<ul style="list-style-type: none">– Малоинициативность– Страх падения– Задержка формирования навыков чтения и письма	<ul style="list-style-type: none">– Выраженное недоразвитие познавательной деятельности– Некритичность к своему дефекту– Расторможенность, агрессивность– У 55 % тяжелая степень у/о (помимо тяжелых двигательных нарушений)

ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ

Двигательные расстройства выражены и в руках, и в ногах; часто руки поражены сильнее, чем ноги.

Преобладание ригидности мышц, сохранения интенсивных тонических рефлексов.

Установочные выпрямительные рефлексы совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена.

Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ

- Тяжелая умственная отсталость (более 90 %)
- Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелую двигательную патологию
- Судороги (45 – 60 %)

Грубые нарушения речи по типу тяжелой спастико-ригидной дизартрии или анартрии:

- полное отсутствие речи и голоса;
- наличие только голосовых реакций;
- наличие звуко-слоговой активности

ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ

Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые овладевают навыком удержания головы или сидения; при этом тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации.

Обычно дети необучаемы. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация исключает самообслуживание и простую деятельность.

ВАРИАТИВНЫЕ ФОРМАТЫ РАБОТЫ ПМПК

Гибридный
(смешанный)

Очный

Дистанционный



Психолого-педагогическая диагностика детей с двигательной церебральной патологией представляет существенные трудности в связи с **многообразием проявлений** нарушений двигательного, психического и речевого развития.

Двигательные нарушения в сочетании с нарушениями зрения и слуха, малоразборчивая речь затрудняют организацию обследования ребенка и ограничивают возможности применения экспериментальных методик.

Наибольшие трудности представляет
дифференциальная диагностика задержки
психического развития и легкой умственной
отсталости у детей с ДЦП.

Трудно дифференцировать умственно отсталых детей
по степени тяжести интеллектуального нарушения.

- У большинства детей с ДЦП потенциально сохранены предпосылки к развитию высших форм мышления, но множественные нарушения (двигательной сферы, речи), астенические проявления, ограниченный запас знаний **маскируют возможности** детей и ведут к **гипердиагностике нарушения интеллекта**.
- Дифференциальная диагностика умственного развития при ДЦП очень сложна.
- Необходимо учитывать все факторы, определяющие психическое развитие этих детей, в том числе сенсорную и социальную депривацию, трудности организации речевого общения, моторные затруднения.

Унифицированной системы дифференциальной диагностики детей с ДЦП нет. Попытки ее создания не имели успеха – велико число факторов, которые необходимо учесть при создании такой системы.

Наиболее объективная – комплексная диагностика основных линий развития (индивидуальный психолого-педагогический эксперимент с исследованием отдельных психических функций).

При ДЦП желательно динамическое наблюдение в сочетании с изучением темпа приобретения новых знаний и навыков.

Изучение ребенка с ДЦП и его потенциальных возможностей требует:

1) больших затрат времени; 2) высокой квалификации специалистов, осуществляющих диагностику, глубокого знания клиники заболевания и особенностей психического, речевого и двигательного развития детей.

Специалисты, работающие в ПМПК, часто недостаточно хорошо знают специфику нарушений развития при ДЦП и не имеют времени на длительное динамическое наблюдение.

Результат – необоснованное признание необучаемыми части детей, особенно с тяжелыми нарушениями функций кистей и пальцев рук, с неразборчивой речью, сопутствующими нарушениями слуха.

Часто задачу дифференциальной диагностики умственного развития детей с двигательной церебральной патологией удастся решить только при начале школьного обучения.

Дети, имеющие тяжелые двигательные нарушения, зачастую не проходят специального дошкольного образования. Требуется продолжительное время для того, чтобы изучить возможности детей и определить программу обучения.

В идеале необходима специальная подготовка, где создаются необходимые условия для дальнейшего обучения с разработкой **индивидуальных коррекционных программ развития** в соответствии со структурой нарушений познавательной и речевой деятельности.

Только длительное динамическое психолого-педагогическое изучение позволяет объективно дифференцировать детей по возможностям обучения.

При организации ППД ребенка с ДЦП важная роль принадлежит знакомству специалистов сопровождения (дефектолога, психолога, логопеда) с медицинской документацией.

Знание клинической картины, динамики изменения состояния ребенка под влиянием лечения, формы ДЦП, сопутствующих синдромов помогает специалисту:

- правильно определить стратегию комплексного обследования;
- подобрать наиболее подходящие методики и материалы для предъявления ребенку;
- учесть клинические характеристики при качественном анализе результатов психолого-педагогического обследования.

В некоторых случаях необходимо проведение динамического этапного исследования, позволяющего оценить изменения в состоянии ребенка под воздействием лечебных, коррекционных и воспитательных мероприятий. Оно позволяет увидеть не только **положительные динамические изменения**, но и недостаточный темп формирования новых умений и навыков, **отсутствие положительной динамики** в развитии психических процессов. Это даст возможность своевременно внести изменения в программу коррекционной работы с ребенком.

При анализе результатов выполнения заданий необходимо учитывать наличие различных нарушений мышечного тонуса, гиперкинезов и двигательные ограничения. Анализируя общее развитие психики ребенка, необходимо выделить те **факторы**, которые могут оказывать **тормозящее влияние** на развитие познавательной деятельности (тяжесть двигательных нарушений, патологию артикуляционного аппарата, нарушения зрения и слуха), и определить, что в структуре интеллектуального дефекта обусловлено поражением мозга, а что связано с нарушением моторики и анализаторных систем.

При проведении ППД детей первых трех-четырех лет жизни с двигательной церебральной патологией необходимо учитывать:

- Выраженность мотивации к деятельности.
- Соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов.
- Возможности обучения ребенка (показатели – темп приобретения навыков в процессе обучения).
- Характер помощи взрослого и возможность ее использования.
- Способность к самостоятельному выполнению заданий.
- Отношение ребенка к заданию, его активность.
- Возможность приспособиться к двигательному дефекту (хотя бы частично).
- Использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, выразительной мимики, жестов).
- Устойчивость целенаправленной деятельности.

Обследование ребенка для определения уровня развития его познавательной деятельности необходимо проводить в удобном для него положении, максимально устраняющем влияние патологических тонических рефлексов на мышцы конечностей, туловища, глаз.

При исследовании предметной и предметно-игровой деятельности ребенка раннего возраста с ДЦП оцениваются:

- **Участие ребенка в совместной деятельности** (интерес ребенка к деятельности и активность включения в предметную игру в соответствии с двигательными возможностями, понимание функционального назначения предметов и игрушек, попытки или использование их по назначению, умение обратиться за помощью к взрослому и использовать ее).
- **Подражательная деятельность**, в процессе которой выявляются способность ребенка подражать способам действий с предметами, осмысленность подражательных действий (может быть исследована у детей, способных к захвату и манипулированию с предметами).
- **Самостоятельная деятельность** (оценивается понимание назначения предметов-игрушек, адекватность производимых с ними действий, настойчивость в достижении результатов, способность обращаться за помощью и использовать ее).

Сопоставляя результаты ППД детей первых лет жизни с ДЦП с клиническими особенностями заболевания, к 3-4 годам можно выделить прогностически благоприятные и неблагоприятные признаки развития познавательной деятельности.

Прогностически благоприятные признаки:

- Достаточно отчетливая динамика в развитии двигательных, сенсорных, речевых функций; способность ребенка накапливать опыт путем самостоятельных действий и действий, совместных со взрослыми; возможность использовать этот опыт в доступных по двигательным возможностям практических (предметных) и игровых действиях.
- Целенаправленность и произвольность деятельности; наличие познавательного интереса; стремление к самостоятельным действиям; активность внимания.
- Настойчивость в овладении доступными двигательными и речевыми навыками.

Прогностически неблагоприятные особенности психического развития:

- Количественное накопление сведений об окружающем и неспособность использовать эти сведения в жизни, самостоятельных действиях.
- Отсутствие качественного улучшения возможности познания (не только к 3-4 годам, но и позднее).
- Несформированность бытовых навыков при двигательных возможностях их осуществления.
- Наличие общей психической вялости или повышенной возбудимости; некритичность.

При обследовании детей старше 3-4 лет широко используются **экспериментально-психологические методики**, направленные на выявление нарушений в формировании восприятия, пространственных и временных представлений, наглядно-образного и словесно-логического мышления.

Для подбора методических приемов и правильной интерпретации результатов специалист должен хорошо знать и учитывать клинические особенности детей и структуру речевых и интеллектуальных нарушений при разных формах церебрального паралича.

В схему обследования детей **дошкольного возраста** с церебральным параличом необходимо включать задания на изучение всех видов восприятия, конструирования, пространственных и временных представлений.

При планировании обследования **школьников** с ДЦП особую важность приобретает обследование навыков чтения, письма, счета, графических навыков и учет выявленных нарушений при выработке программы коррекционной работы.

В документах по результатам ППД необходимо отразить не только уровень интеллектуального и речевого развития, но и такие важные для организации коррекционной работы показатели, как способ передвижения, уровень развития функций кистей и пальцев рук, а также навыков самообслуживания, наличие сопутствующих нарушений.

1. Нарушения двигательной сферы.

- ✓ Удерживает вертикальное положение: (сидя; стоя).
- ✓ Передвигается (в коляске; с костылями; с опорой на трость; самостоятельно в пределах помещения; самостоятельно на значительные расстояния).
- ✓ Ведущая рука (правая; левая).
- ✓ Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук (резко ограничены; ограничены; частично ограничены; не ограничены).
- ✓ Участие пораженной руки в игре и процессах самообслуживания (функция пораженной руки отсутствует; пораженная рука выполняет поддерживающую роль; пораженная рука принимает участие в выполнении простых двигательных актов; пораженная рука принимает участие в выполнении сложных двигательных актов).

2. Уровень развития навыков самообслуживания.

- ✓ Навыки личной гигиены: умывание, чистка зубов, расчесывание волос (вообще не владеет; частично владеет; полностью владеет).
- ✓ Самообслуживание в одевании и раздевании:
 - а) раздевание (вообще не владеет; раздевается со значительной помощью взрослого; раздевается с небольшой помощью взрослого; частично владеет; полностью владеет).
 - б) одевание (совсем не одевается; одевается со значительной помощью взрослого; одевается с небольшой помощью взрослого; одевается сам, кроме застегивания пуговиц и шнуровки обуви; одевается полностью).
- ✓ Самообслуживание при приеме пищи (не ест сам; сам ест твердую пищу - хлеб, пряник; сам пьет из кружки; сам ест ложкой; полностью пользуется столовыми приборами).

3. Нарушения зрения (близорукость, аномалии рефракции, косоглазие, нистагм, ограничение взора вверх, ограничение полей зрения).

4. Нарушения слуха (степени снижения слуха).

ВОЗМОЖНОСТИ ОСВОЕНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЬМИ С НОДА

- Часть детей (с «чисто» ортопедической патологией и некоторые дети с ДЦП) могут освоить программу общеобразовательной школы.
- Существенная часть детей с двигательной церебральной патологией с ЗПР (дети с ДЦП и некоторые дети с ортопедической патологией) нуждаются в коррекционно-педагогической работе и специальных условиях образования; они могут успешно обучаться в специальной (коррекционной) школе VI вида.
- Дети с легкой умственной отсталостью обучаются по программе специальной (коррекционной) школы VIII вида.
- Для детей с умеренной умственной отсталостью возможно обучение по индивидуальной программе в условиях реабилитационного центра системы образования или на дому.

ОСОБЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С НОДА



особая организация образовательной среды,
характеризующаяся доступностью образовательных
и воспитательных мероприятий

регламентация деятельности с учетом медицинских
рекомендаций (соблюдение ортопедического режима)

раннее выявление нарушений и максимально раннее
начало комплексного сопровождения ребенка с
учетом особенностей психофизического развития

ОСОБЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С НОДА



использование специальных методов, приемов и средств обучения и воспитания (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» развития, воспитания и обучения



адресная помощь по коррекции двигательных, познавательных, речевых и социально-личностных нарушений



предоставление услуг тьютора



ОСОБЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С НОДА

индивидуализация
образовательного
процесса с учетом
структуры нарушения и
вариативности
проявлений

максимальное расширение
образовательного
пространства – выход за
пределы образовательной
организации с учетом
психофизических
особенностей детей



СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НОДА

Необходимо создание адаптивной среды, позволяющей обеспечить полноценное развитие, социальную адаптацию и личностную реализацию



В образовательной организации общего типа должны быть созданы *специальные материально-технические условия*, обеспечивающие возможность для беспрепятственного доступа детей с НОДА в здания и помещения образовательного учреждения, их пребывания, обучения и воспитания (пандусы, съезды на тротуарах, лифты, поручни, специальные санузлы, специально оборудованные учебные места, специализированное учебное, реабилитационное, медицинское оборудование и т.д.).

СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НОДА

Средства передвижения

- ✓ инвалидные коляски (комнатные, прогулочные, функциональные, спортивные)
- ✓ многофункциональные кресла-коляски
- ✓ подъемники для пересаживания
- ✓ ходунки и ходилки
- ✓ костыли, крабы, трости

Средства, облегчающие самообслуживание детей

- ✓ наборы посуды и столовых приборов,
- ✓ приспособления для одевания и раздевания

Подбор мебели

- ✓ парты, регулируемые в соответствии с ростом

Специальные технические средства для оптимизации процесса письма

- ✓ увеличенные в размерах ручки и специальные накладки к ним,
- ✓ утяжеленные ручки, специальные магниты для прикрепления тетради к парте



Обучение детей с НОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы: сильная медицинская коррекция двигательного дефекта, терапия нервно-психических отклонений

Ребенок с двигательной патологией должен получать необходимый специальный комплекс лечебно-восстановительных мероприятий на базе районной поликлиники, проходить курсы лечения в специализированных больницах и реабилитационных центрах

Соблюдение индивидуального ортопедического режима (правила посадки и передвижения ребенка, рефлекс-запрещающие позиции и позы для нормализации мышечного тонуса, физкультпаузы)



Использование компьютерных и технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования с включением специального оборудования: специальные клавиатуры (с увеличенным размером клавиш, со специальной накладкой, ограничивающей случайное нажатие соседних клавиш), правильное расположение компьютера.



В коррекционной части программы должны быть предусмотрены занятия по коррекции недостатков двигательных и психических функций.

Предметы коррекционного цикла следует определять в зависимости от имеющихся у детей нарушений:

- ❖ преимущественно двигательных;
- ❖ преимущественно речевых;
- ❖ сочетание двигательных и речевых,
- ❖ недостатков общего психического развития.

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-развивающая работа должна строиться дифференцированно.

В цикл коррекционных занятий обязательно включаются:

- ✓ логопедические занятия для детей с речевой патологией, с использованием компьютерных программ при самых тяжелых нарушениях (анартрия);
- ✓ индивидуальные и групповые занятия для коррекции нарушенных психических функций.

Соотношение методов на каждом этапе обучения и воспитания детей с НОДА определяется уровнем двигательного, познавательного, и речевого развития детей и задачами, стоящими перед педагогом.

Используются наглядные, практические и словесные, двигательно-кинестетические методы.

Необходимо проводить групповые и индивидуальные коррекционные занятия, обеспечивающие усвоение программного материала (расширение знаний и представлений об окружающем, формирование пространственных и временных представлений, развитие графических навыков).

Педагог выделяет тех детей, которые в силу имеющихся нарушений не могут усваивать программный материал, и объединяет их в отдельные группы для проведения коррекционных занятий. Особое внимание следует уделять предметно-практической деятельности детей. Состав групп должен быть подвижным.



Образовательная организация должна предоставить услуги тьютора, для того, чтобы оказывать обучающимся необходимую помощь



Должна быть организация системы взаимодействия и поддержки образовательной организации со стороны ПМПК, ПМПС-центра, окружного и городского ресурсного центра по развитию инклюзивного образования, СКОУ VI вида, органов социальной защиты, органов здравоохранения, общественных организаций.



Педагоги, работающие в условиях инклюзивного класса должны получить особую подготовку в области специальной (коррекционной) педагогики, быть готовыми и профессионально компетентными решать проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья.



Учет потребностей обучающихся с НОДА предусматривает введение в штат специалистов школы учителей-дефектологов, учителей-логопедов, педагогов-психологов, социальных педагогов, медицинских работников.

Установление тесного контакта и сотрудничества педагога с родителями является обязательным условием успешной адаптации ребенка с НОДА в образовательной организации.





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!