The background is a collage of four quadrants. The top-left quadrant is purple and shows a stack of books. The top-right quadrant is pink and shows a clock face. The bottom-left quadrant is green and shows a stack of books. The bottom-right quadrant is yellow and shows a clock face. The text is centered in a black-bordered box.

**Педагогическая
дифференциация состава
учащихся специальной
(коррекционной) школы.**

Умственная отсталость

Умственная отсталость



врожденная



олигофрения

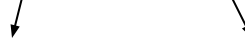
дебильность
имбецильность
идиотия



приобретенная



деменция




непрогредиентная
(резидуальная)

-травматическое
слабоумие
-инфекционное
слабоумие

прогредиентная

-шизофреническое
слабоумие
-эпилептическое слабоумие
-гидроцефальное слабоумие
-ревматическое слабоумие
-сифилитическое слабоумие





Клиническая классификация олигофрении, разработанная М.С.Певзнер в 1959 году. В основу этой классификации легли клинические и психолого-педагогические характеристики

- Неосложненная форма олигофрении
- Олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов
- Олигофрения с психопатоподобной формой поведения
- Олигофрения, осложненная нарушениями функционирования анализаторов
- Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью

Неосложненная форма олигофрении

Для ребенка характерно развитие на дефектной основе. Его нервные процессы уравновешены. Такие дети спокойны, трудолюбивы, застенчивы, у них развито чувство привязанности. Пространственные представления и моторика развиты хорошо. Отсутствуют локальные поражения речи, но возможно косноязычие и бедный словарный запас. Главный их недостаток – недоразвитие процессов обобщения и отвлечения.

Они не способны к логическому мышлению, обобщению, классификации и отвлечению. У таких детей возникают проблемы при обучении письму. Трудно формируются графомоторные навыки. Нарушено внимание, речь, воображение. Эти дети склонны к стереотипам.

У детей отсутствует самокритика, собственная жизненная позиция. Дети хорошо справляются с программой школы, активисты, не испытывают утомляемость.

Неосложненная форма олигофрении

Меры педагогического воздействия:

- Привлекать как организаторов, помощников педагога.
- Максимум дополнительного материала на уроке.
- Обязательно вовлекать в кружки.
- Не захваливать, объективно оценивать возможности, хвалить за доброе отношение к товарищу.
- Поручения давать более сложные.

Прогноз-благоприятный

Олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов

- Характеристика возбудимых детей
- Характеристика заторможенных детей.

Характеристика возбудимых детей

Изменена форма черепа, у детей видны вены на лбу. Возбуждение преобладает над торможением. Повышенная возбудимость и отвлекаемость в любой деятельности. Они плаксивы, раздражительны. Эти дети менее продуктивны в учебной деятельности. Задания выполняют хуже своих возможностей. Интеллект недоразвит, усугублен, двигательная расторможенность, импульсивность, интересы неустойчивы. Анализаторы в норме. Задания выполняют не аккуратно, постоянное желание помочь другим, хотя свое не сделано, диспластичность строения скелета. Ищут легкий путь в работе. В речи грубых ошибок нет, устные задания выполняет лучше, чем письменный пересказ. Уголки тетради у этих детей сильно согнуты. Плохо выполняют самостоятельную работу, себя организовать не могут. Легче справляются с устными заданиями. В новой обстановке легко возбуждаются. Интересы неустойчивы. Они не любят замечания.

Характеристика возбудимых детей

Меры педагогического воздействия:

- Этих детей нужно садить с хорошо успевающими детьми
- Самостоятельную и письменную работу лучше делить на части
- При пересказах давать план для подготовки
- Этим детей за хорошее проявление черт характера следует хвалить
- Загружать работой, чтобы вызвать переутомление
- Поручения давать спокойного характера
- Вовлекать в кружки
- Систематическое медицинское лечение
- Индивидуальные психотерапевтические беседы с целью научить сдерживать себя, анализировать свои поступки
- Просить ребенка озвучивать все свои действия
- Ограничивать движения

Прогноз зависит от состояния здоровья и социального окружения

Характеристика заторможенных детей

Торможение преобладает над возбуждением, интеллектуальное развитие усугубляется быстрой истощаемостью, вялостью, пассивностью, эмоциональной тормозимостью. Не умеют играть, боятся незнакомых людей. Привычная осанка это сгорбленная спина, голова опущена, поза и движения бедны, однообразны.

В учебной деятельности продуктивность снижена, без дополнительной стимуляции не включаются в работу. Занижена самооценка, не уверены в своих силах и возможностях. Речь невнятна, они замкнуты, пассивны. Письменные задания выполняют лучше, чем устные, но выполняют медленно, не успевают срок, плаксивы. Эти дети часто находятся в унынии.

Характеристика заторможенных детей

Меры педагогического воздействия:

Спрашивать следует без поднятой руки

В самостоятельной работе объем уменьшать

Поручения давать активного характера

Вовлекать в подвижные игры

Вводить этого ребенка в коллектив через тех детей, с которыми есть эмоциональная привязанность

Следить за осанкой

Ответ оценивать сразу

По ходу работы давать инструктаж

Вовлекать в художественную самодеятельность

Лечение растормаживающие

Следует организовывать встречи с незнакомыми людьми, больше стимулировать ребенка пообщаться

Хвалить, создавать благоприятный климат

Заставлять отвечать на вопросы и разумно планировать нагрузку

Прогноз зависит от социального окружения ребенка.

Олигофрения, осложненная нарушениями анализаторов.

Нарушение речи, слуха, зрения или двигательной системы.

Дети испытывают трудности при списывании текста, нарушено письмо под диктовку, плохо произносят слова, речь невнятная, смазанная, не могут выполнять задания по словесным инструкциям.

Олигофрения, осложненная нарушениями анализаторов

Меры педагогического воздействия:

- Индивидуальный подход
- Обязательная работа с психологом и логопедом
- На уроках чаще использовать физ. минутки
- Учить ребенка контролировать свою речь, при этом привлекая к оценке речи товарищей по классу
- Создавать речевые ситуации, учитывая то, что эти дети не могут списывать

Прогноз зависит от структуры дефекта и сложности нарушения анализаторов

Олигофрения, осложненная психопатоподобной формой поведения.

Диффузное поражение головного мозга сочетается с локальными нарушениями подкорковых областей. Дети драчливы, злобны, грубы, агрессивны, есть патологические влечения. Раздражаются по любому поводу, беспричинный смех, слезы. Нельзя оставлять без контроля. Могут обижать слабых. Отрицательная реакция на замечания учителей, протестует против плохой отметки. Они могут успешно усваивать программу школы, любят творческие работы, много читают. Наблюдается хорошая успеваемость по предметам профессиональной подготовки.



Олигофрения, осложненная психопатоподобной формой поведения

Меры педагогического воздействия:

- Соблюдение режима дня
- Строгая тактичная требовательность
- Ежегодная госпитализация
- Нельзя оставлять без присмотра, без занятости (лепил? надоело? устал? – рисуй!)
- Выявлять истинные причины возбуждения



Олигофрения с грубым нарушением личности

Своеобразная моторика. Диффузное поражение головного мозга сочетается с грубой патологией передних отделов головного мозга, коры лобной доли. Особое отклонение в эмоциональной сфере. Они агрессивны, возбудимы, социально опасны, отсутствует целенаправленность деятельности. Они мало подвижны, плохо ориентируются в окружающей среде. Безучастны к любой продуктивной деятельности. Немотивированная смена настроения, апатия сменяется возбуждением, наступает вялость, потом переходит в общее беспокойство. Приступают к выполнению задания не дослушав инструктаж и не уточняя задания. Создается общее впечатление, что они плохо понимают речь. Могут выполнять отдельные задания. Адекватно оценивать свои поступки эти дети не могут. Для них чуждо чувство страха. Характерно автоматическое подчинение, подражают взрослым и товарищам. Совершают правонарушения, но бескорыстных целей. Они не уключи, плохо образуются двигательные навыки, изменена походка, часто спотыкаются и падают, двигаются плохо, автоматически. Не могут самостоятельно одеваться, обслуживать себя. Наблюдается наличие насильственных движений (раскачивание).

Олигофрения с грубым нарушением личности

Меры педагогического воздействия:

- Использовать весь педагогический арсенал для развития моторики, особенно в период обучения грамоте
- Особое внимание нужно уделять компенсации двигательных недостатков, также развитию мелких мышц
- Создавать спокойную обстановку
- Этим детей нужно садить за первую парту, чтобы систематически управлять их деятельностью
- Их нужно подбадривать, подчеркивать успехи, стимулировать деятельность
- Нужно включать во все сферы жизни классного коллектива
- Давать возможность увидеть результат своего труда

Умственно отсталые дети с более поздней этиологией (дементные)

- Травматическое слабоумие
- Дети со слабоумием в результате менингоэнцефалита
- Эпилептическая деменция
- Шизофреническое слабоумие
- Сифилитическое слабоумие
- Гидроцефальное слабоумие
- Ревматическое слабоумие

Травматическое слабоумие

В результате травмы коры головного мозга наблюдается повышенная истощаемость. При умственных и физических нагрузках наблюдается быстрая утомляемость, колебания состояния от вялости, до раздражительности.

Дети хуже отвечают при изменении обстановки, при присутствии посторонних лиц. При усталости они раздражительны, вспыльчивы, грубы, стремятся уклониться от работы. Плохо переносят жару, духоту, шум. Наблюдается состояние головной боли, рвота, становятся забывчивыми. При отсутствии усталости и раздражительности они по своей обучаемости намного сообразительнее, чем дети с неосложненной формой олигофрении.

Травматическое слабоумие

Меры педагогического воздействия:

- Соблюдение охранительного педагогического режима (отдых, перерывы в работе, ограничение объема работы, щадящие условия в физическом и умственном труде)
- Предохранение от чрезмерных нагрузок
- Нельзя оставлять на солнцепеке, на улице обязательно покрывать голову
- Устранение шума и суеты
- Исключение дополнительных заданий
- На физкультуре дозирование прыжков и наклонов
- Дети могут симулировать болезни - консультация врача
- Следует проверять слова и поступки, доводить все требования до конца
- Наказывать за малейшую провинность
- Проявлять непреклонность к требованиям
- Их нельзя объединять в одну группу с детьми психопатоподобной формой поведения
- Дети отличаются особой забывчивостью, на время забывают выученный урок, а потом вспоминают
- Нельзя оставлять после уроков

Дети со слабоумием в результате менингоэнцефалита (нейроинфекции)

Они подвижны, расторможены, часто действуют необдуманно, легко внушаемы. Попадают под влияние окружающих, не критичны. Часто болит голова. Речь невнятна. Программу усваивают очень плохо. Могут иногда удивить четкими, удачными ответами. Назойливы по отношению к другим. Могут критически относиться к ситуации. Личностные качества не нарушены.

Дети со слабоумием в результате менингоэнцефалита

Меры педагогического воздействия:

- Соблюдение охранительно-педагогического режима.
- Постоянный контроль со стороны учителя обсуждение поступков.
- Проведение психотерапевтических бесед.
- Нельзя находиться ребенку на солнце, духоте, жаре.
- Нельзя прыгать, делать длительное время наклоны.
- Постоянно менять вид деятельности.
- Исключать дурное влияние.

Эпилептическая деменция

Могут обучаться в СКОУ, если нет дневных припадков. Дети вялые, медлительные, долго едят, одеваются. Память у них плохая, рассказы излишне детализированы, вставляют слова паразиты. Не могут обобщать. Медленная переключаемость психических процессов. Свою грубость, раздражительность маскируют чрезмерной вежливостью, слащавостью, угодливостью. В отношении к слабым проявляют деспотизм, вынуждают совершать дурные поступки в отсутствии взрослых. Может возникнуть состояние расстроенного сознания, вместо эпилептического припадка дети могут бежать, драться. Могут быть ночные страхи. Для них характерна патологическая аккуратность. Они точны, скупы.

Эпилептическая деменция

Меры педагогического воздействия:

- В работе с такими детьми опираться на положительные качества.
- Следует изучать индивидуальные особенности ребенка, знать предвестники припадков, чтобы оказать посильную помощь.
- Поддерживать аккуратность и трудолюбие, опора на педантичность.
- Тщательно наблюдать за поведением в детском коллективе.
- Учебная нагрузка обычная.
- Нельзя ставить на руководящие должности.
- Систематическое лечение.
- Предоставлять достаточно времени на выполнение задания.
- В случае конфликтных ситуаций – переключать на ту деятельность, которая у него хорошо сформирована (написать список класса, навести порядок на полке).

Прогноз зависит от протекания болезни.

Шизофреническое слабоумие

Дети встречаются редко. Они замкнуты, вялые, апатичные, не участвуют в детских играх. Работоспособность снижена. Длится приступ в течение 10-15 дней, но может быть и до 2-х месяцев. Нужна госпитализация (резкое снижение успеваемости, раздражительные, агрессивные, интересы стереотипны, оторваны от жизни, лишены детской жизнерадостности, их преследует страх, нарастает эмоциональная тупость.)

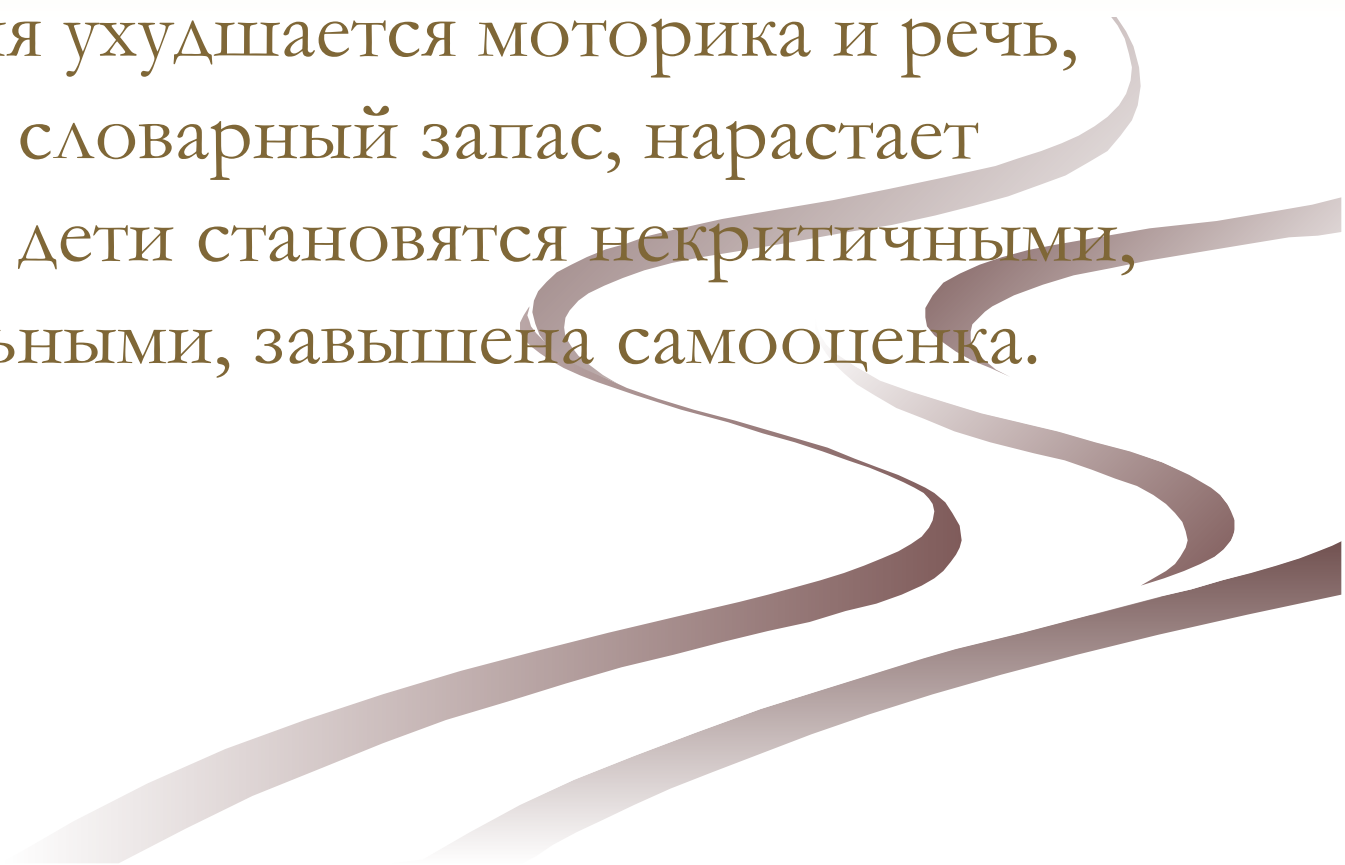
Шизофреническое слабоумие

Меры педагогического воздействия:

- Систематическое медикаментозное лечение.
 - Развитие моторики.
 - Развитие навыков самообслуживания.
 - Введение ребенка в коллектив, пытаемся пробудить у него желание общаться, развиваем трудовые навыки, учим писать.
 - На умение читать и понимать прочитанное опираемся в коррекционной работе.
 - Наблюдение педагога на уроках и переменах.
- При частых приступах (10-15 дней –до 1 месяца) вывод из школы. Прогноз зависит от протекания болезни.


Сифилитическое слабоумие

Наступает при повреждении зародыша по типу олигофрении. При обострении заболевания ухудшается моторика и речь, обедняется словарный запас, нарастает слабоумие, дети становятся некритичными, самодовольными, завышена самооценка.



Сифилитическое слабоумие

Меры педагогического воздействия:

- Соблюдать охранительно-педагогический режим
 - Разумная учебная и трудовая деятельность.
 - Ежедневный контакт с врачом, медикаментозное лечение.
- 

Гидроцефальное слабоумие

Состояние детей изменчиво.

Работоспособность зависит от увеличения давления жидкости на головной мозг, частые приступы головной боли. Настроение колеблется, интересы меняются. Они могут быть угрюмыми, жестокими, болтливymi, оживленными. В их высказываниях нет определенной мысли. Многократно могут повторять слова, фразы, но при этом плохо понимают смысл сказанного.



Гидроцефальное слабоумие

Меры педагогического воздействия.

- В работе - нужен отдых, следует переключать с одного вида деятельности на другой.
- Обращать внимание на поведение ребенка.
- Контакт с врачом, щадящий режим, коллектив действует раздражающе – введение в коллектив затруднено.
- Прослеживайте индивидуальные успехи.



Ревматическое слабоумие

Умственная отсталость возникает в результате длительного воспалительного процесса в ц.н.с.

Дети раздражительны, легко утомляемы, упрямы, испытывают дискомфорт от окружающей обстановки.

Склонны к самоизоляции.

Нарушения мелкой и общей моторики.

Трудности с овладением письменной речью. Почерк не аккуратен, трудно проверять тетради. Речь кажется внешне очень богатой, но скудна по содержанию.

Хорошая механическая память, запоминает большие тексты, но передать содержания не может.

Сложности в самообслуживании, сложности в усвоении образовательной программы.

Суетливы, очень подвижны.



Ревматическое слабоумие

Меры педагогического воздействия.

- Соблюдение охранительно-педагогического режима.
- Спокойный доброжелательный тон в общении.
- Наказания применять осторожно, так как у них очень высокое мнение о себе и своих поступках.
- Развитие мелкой и общей моторики.
- Опора на положительное - умение запоминать большие тексты.
- Прогноз сложен из-за течения болезни.

