

Муниципальное дошкольное образовательное бюджетное учреждение
«Детский сад №1 «Садко» общеразвивающего вида с приоритетным
осуществлением деятельности по познавательно-речевому направлению
развития детей»

Практическая консультация для родителей

«Особенности развития детей
с ограниченными возможностями здоровья»

Разработал учитель-дефектолог:
Григорьева Екатерина Викторовна

Минусинск, 2021 год

Механизмы развития психических функций определяются тремя базовыми понятиями: критический (сензитивный) период, гетерохрония и асинхрония развития.

Критический, или сензитивный (чувствительный), период — период избирательной чувствительности к определённым воздействиям среды, период наибольшей восприимчивости к обучению и ускоренного развития функций.

Гетерохрония развития — неравномерность формирования отдельных психофизиологических функций в норме, при этом одни функции на определённом возрастном этапе опережают в своём развитии другие и становятся ведущими, а затем скорость их формирования уменьшается и наоборот.

Асинхрония развития — нарушение закона гетерохронии. Среди основных типов асинхронии можно выделить следующие:

- Явления — незавершённости отдельных периодов развития, преобладание ранних, нехарактерных форм. (Часто при олигофрении и задержке психического развития).
- Явления патологического опережающего развития отдельных функций (часто на фоне грубого отставания других). То есть, на одном возрастном этапе имеется смещение психических образований, наблюдаемых в норме в разные возрастные эпохи.

Особенности психического развития могут быть вызваны как биологическими, так и социальными факторами.

Биологические факторы:

1. Нарушения развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена)
2. Внутритрубные нарушения (тяжёлые токсикозы беременности, токсоплазмоз, краснуха и другие внутритрубные инфекции, различные интоксикации, в том числе гормонального и лекарственного происхождения)
3. Патологии родов
4. Инфекционные заболевания
5. Интоксикации
6. Травмы
7. Опухолевые образования раннего постнатального периода

Большое значение в развитии патологии имеет

время повреждения чем раньше действует патогенный фактор, тем более выражен объём повреждения

мозговая локализация процесса и степень его распространённости

при локаль. пораж. компенсация выше, чем при диффуз. органич. пораж.

интенсивность повреждения

Социальные факторы:

В данном случае проявления дизонтогенеза менее грубые по степени выраженности и, в принципе, обратимые.

1. Эмоциональная и культуральная депривация
2. Неблагоприятные условия воспитания
3. Разного рода стрессогенные факторы
4. Патологически закрепившиеся реакции протеста, имитации, отказа, оппозиции и т. д.

Классификация психического дизонтогенеза

Данная классификация была предложена Виктором Васильевичем Лебединского, в основу которой были положены классификации дизонтогенеза Г. Е. Сухаревой и Л. Каннера.

Аномалия	Чем вызвана
1. Недоразвитие	Отставание в развитии
2. Задержанное развитие	
3. Поврежденное развитие	Поломка в развитии
4. Дефицитарное развитие	
5. Искаженное развитие	Асинхронии развития
6. Дисгармоничное развитие	

Общее психическое недоразвитие

В основе недоразвития первично нарушено мышление, а уже вторично нарушаются все инструментальные функции, которые в дальнейшем ещё больше усугубляют нарушение мышления (и далее по кругу). Типичной моделью психического недоразвития является олигофрения.

Клиника-психологическая структура дефекта при умственной отсталости обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с

преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь — лобных и теменных отделов.

При одной и той же причине тяжесть нарушений может быть различна. На сегодняшний день по МКБ-10 выделяют 4 степени умственной отсталости. Согласно старой классификации существовало 3 её степени: дебильность, имбецильность и идиотия^[3].

Термины «дебильность», «имбецильность» и «идиотия» полностью исключены из МКБ-10. Это сделано в связи с тем, что они вышли за сугубо медицинские рамки, стали играть социальный (негативный) оттенок. Вместо них предложено использовать исключительно нейтральные термины, количественно отражающие степень умственной отсталости.

Рубрика (МКБ-10)	Степень умственной отсталости (МКБ-10)	Традиционный термин (МКБ-9)	Коэффициент интеллекта	Психологический возраст
<u>F70</u>	Лёгкая	<u>Дебильность</u>	50—69	9—12 лет
<u>F71</u>	Умеренная	Нерезко выраженная <u>имбецильность</u>	35—49	6—9 лет
<u>F72</u>	Тяжёлая	Выраженная имбецильность	20—34	3—6 лет
<u>F73</u>	Глубокая	<u>Идиотия</u>	до 20	до 3 лет

Задержанное психическое развитие

Задёржка психического развития (сокр. ЗПР) — нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

Различают четыре основных варианта задержки психического развития по Лебединской К. С., 1969:

1. Задержка психического развития *конституционального происхождения* (незрелость эмоциональной сферы, инфантильность облика, игровые интересы, внушаемость);

2. Задержка психического развития *соматогенного происхождения* (возникает в связи с гиперопекой на фоне хронической болезни);

3. Задержка психического развития психогенного происхождения (неблагоприятные условия воспитания, психогенные травмы);

4. Задержка психического развития церебрально-органического генеза (минимальная мозговая дисфункция).

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

Поврежденное психическое развитие

Компонент повреждения присутствует почти во всех видах аномального развития. Однако при других видах дизонтогенеза он является либо осложняющим фактором, либо пусковым механизмом. Здесь же конкретное повреждение уже сформированных функций.

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция. Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга. В отличие от олигофрении, которая также нередко имеет аналогичное происхождение, деменция возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2—3 лет. К этому возрасту значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение, а не только недоразвитие.

Виды деменций:

1. По критерию динамики болезненного процесса различают резидуальную органическую деменцию (при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией) и прогрессивную деменцию (обусловленную нарастающим характером нарушений при каком-либо сопутствующем заболевании).

2. По этиологическому критерию (эпилептическая, постэнцефалитическая, травматическая, склеротическая и др.).

Об аномальном развитии, связанном с деменцией, можно говорить применительно именно к деменции резидуальной, при которой, несмотря на наличие выраженных явлений повреждения, приостановка болезненного процесса дает определенные возможности для развития, хотя и грубо нарушенного.

Таким образом, в структуре поврежденного развития будут иметь место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда функций.

Дефицитарное психическое развитие

Дефицитарное психическое развитие — тип дизонтогенеза, связанный с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной, а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжёлых пороках сердца, дыхательной — при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т. д.).

Общие закономерности anomalies развития при дефектах сенсорной сферы:

- **Недоразвитие способностей к приёму, переработке и хранению информации.** Больше всего страдает информация, адресованная пораженному анализатору.

- **Недостаточность словесного опосредования.** Явно проявляется у глухих детей, но и у слабовидящих зрительный анализ сигналов может страдать меньше, чем словесная квалификация их результатов. Следовательно, у таких детей происходит замедление процессов мышления: обобщения и отвлечения.

- **Наличие компенсаторных вторичных симптомов.** Наряду с вторичными негативными симптомами есть и компенсаторные, возникшие в результате приспособления. Так, у глухих отсутствует речь, но зато возникает жестовая речь. У слепых особо сильно развивается осязание, а также способность чувствовать приближающиеся предметы.

- **Специфика аномального развития личности.** Наблюдается в неблагоприятных условиях воспитания и неадекватной педагогической коррекции. Причиной формирования такой личности служит как психотравмирующая ситуация, обусловленная осознанием своей несостоятельности, так и ограничение возможностей контактов. То есть без обучения...

Искаженное психическое развитие

При искажении психического развития наблюдается особое сочетание акселерации отдельных функций (более молодых в онтогенезе) и замедление других, располагающихся на более низком уровне (сенсорика, моторика). Для изучения ряда закономерностей искажения психического развития показателен дизонтогенез при так называемом синдроме раннего детского аутизма. Расстройства аутистического спектра.

В основе триада нарушений: коммуникации, социализации и воображения.

Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов с окружающими, «уходе в себя», в свой внутренний мир, наполненность и характер содержания которого зависят от уровня интеллектуального развития, возраста ребёнка, особенностей и степени течения заболевания. Все проявления такого ребёнка внешне, даже игра, скупы, а в тяжелых случаях ограничиваются бедным набором **стереотипных движений и мимики**. Дети предпочитают неодушевленные предметы одушевленным, так как плохо ориентируются в признаках живого, в то же время сверхсильно ориентируются на некоторые из них.

Обращают на себя внимание отсутствие эмоционального резонанса на окружающую ситуацию, нередкие **холодность и безразличие** даже к близким, часто сочетающиеся с повышенной ранимостью, пугливостью, чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, малейшему замечанию в свой адрес. Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. **Фантазии**, как правило, также имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Нередко при

потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный отказ от речи, в других — речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалии при ответах на вопросы.

Дисгармоническое психическое развитие

Моделью дисгармонического психического развития являются **психопатии** и патологическое развитие личности — аномалии психического развития, в основе которых лежит нарушение эмоционально-волевой сферы.

Психопатия представляет собой стойкий дисгармонический склад психики.

К дисгармоническому развитию можно отнести **невропатию** — особый вид аномалии эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью регуляции вегетативных функций. Эта аномалия может иметь как конституциональный характер — «конституциональная детская нервность», связанная с генетическим фактором, так может быть вызвана ранними экзогенными вредностями.

Дети, страдающие невропатией, как правило, повышено впечатлительны и ранимы, в связи с чем у них легко возникают неврозы страха, заикание, тики, энурези т. д. По мере созревания вегетативной нервной системы в школьном возрасте симптомы часто сглаживаются, но иногда, в неблагоприятных условиях воспитания, невропатия служит основой для формирования психопатии либо патологического развития личности в целом.

Таким образом, в структуре поврежденного развития будут иметь место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда функций.

Первичные и вторичные нарушения.

Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л. С. Выготский предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов:

Первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (например, нарушения слуха или зрения при поражении органов чувств);

Вторичные — нарушения, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития (например, слепота в той или иной мере препятствует общению с окружающими, что может приводить к ряду расстройств в эмоциональной и личностной сферах, связанных с постоянным ощущением неуспеха). Механизм возникновения таких нарушений различен. Могут нарушаться те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной — *специфическое недоразвитие* (например, у детей с нарушением слуха происходит недоразвитие речи). Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые в момент воздействия вредности находятся в сензитивном периоде (например, в дошкольном возрасте наиболее интенсивно развивающимися и уязвимыми являются две функции — произвольная моторика и речь, которые, соответственно, нарушаются чаще всего при самых различных вредностях, давая задержку речевого развития,

недоразвитие произвольной регуляции действия с явлениями двигательной расторможенности).

Вторичный дефект, по мнению Л.С.Выготского, является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития.

У ребёнка с патологией слуха глухота — первичное нарушение, а **немота** (отсутствие речи) возникает уже вторично. Далее речевые нарушения задерживают общение со взрослым, обеспечивающее совместную деятельность с предметами. Это, в свою очередь, приводит к тому, что ребёнок не может свободно оперировать представлениями, возникают трудности в их актуализации. Таким образом, задержка речевого развития затрудняет включение восприятия в более широкий круг деятельности. Это в свою очередь задерживает формирование мыслительных процессов, что в свою очередь ведёт к нарушению общения. Далее возникают, как круги по воде новые нарушения в развитии.

В то же время у слепых наблюдается введение значения слова без опоры на сенсорный опыт, что ведёт к размыванию и непомерной генерализации значения слова, либо закреплению за словом слишком узкого круга понятий. Все это приводит к недоразвитию уровня обобщения (нарушению мышления), формализму, вербализму и схематизму.

Вышесказанное подтверждает положение Л. С. Выготского о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребёнка в целом.

Однако возможен и обратный тип зависимости, то есть влияние культурального развития на первичный биологический дефект. Так, если ребёнок при неполной потере слуха (тугоухости) не научается говорить, то проблемы со слухом ухудшаются, вследствие ограниченного опыта его использования. И наоборот, максимальное стимулирование речи способствует уменьшению первичного дефекта.

Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений развития является *фактор социальной депривации*. Дефект в той или иной мере препятствует общению, тормозит приобретение знаний и умений. Своевременная не осуществленная психолого-педагогическая коррекция трудностей приводит к выраженной вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, ряду расстройств в эмоциональной и личностной сферах, связанных с постоянным ощущением неуспеха (заниженность самооценки, уровня притязаний, возникновение аутистических черт и т.д.).

Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями самого психического развития детского возраста. Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует уже более сложных и специальных усилий по его преодолению. Трудности в обучении создают не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, которое в более старшем возрасте становится одним из основных факторов, формирующих нарушения поведения у подростков.

Таким образом, в процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на первых этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект, то затем вторично возникшие явления психического недоразвития, а также негативные личностные установки, вызванные неудачами в школе, нередко начинают занимать ведущее место в отношении к обучению и, irradiруя на более широкий круг психологических возрастных проблем, препятствовать адекватной социальной адаптации. И наоборот, ранняя психолого-педагогическая коррекция дефекта во многом улучшает прогноз формирования личности и социальной компенсации этой группы детей.

В последние годы появляется всё больше детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т. п.), что даёт основание выделять специфическую группу нарушений под названием «дети со сложными недостатками развития». Фактически можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в развитии ребёнка.

Список используемой литературы:

1. Выготский Л.С. Раннее детство. Кризис трех лет // Собр. соч.: В 6 т. - М., 1984
2. Мухина В.С. Возрастная психология. - М., 2002
3. Мухина В.С. Детская психология. - М., 2000
4. Мухина В.С. Психология детства и отрочества. - М., 1998
5. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов. - М., 2000
6. Психология развития/ Под ред. Т.Д. Марцинковского. - М., 2005
7. Репина Т.А. Проблема полоролевой социализации детей. - М., 2004
8. Шаповаленко И.В. Возрастная психология. - М., 2005
9. Эльконин Д.Б. Введение в детскую психологию// Избр. психол. труды. - М., 1989
10. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. - М., 1989.