**Психологические особенности детей с ОВЗ**

В последние годы в России, как на государственном уровне, так и в общественном сознании,  происходят положительные изменения в отношении к людям с  ограниченными возможностями здоровья: увеличивается доступность образовательных услуг для детей с нарушениями развития, появляются службы ранней помощи, группы  кратковременного пребывания при дошкольных образовательных учреждениях, обсуждаются проблемы и принимаются постановления об  интеграции. Однако большая часть детей с  ОВЗ, особенно если это комплексное, а не единичное нарушение, все еще остается без надежной системы  психолого - медико-педагогической помощи. Эта проблема актуальна   для многих   городов и регионов  России.  
 Одним из важнейших направлений государственной политики  Российской Федерации в области образования является обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей-инвалидов, на образование.

Российское законодательство – прежде всего, Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», предусматривает гарантии прав на получение образования детьми с ОВЗ.

Особую актуальность реализация права на образование детей-инвалидов приобретает  в связи с Федеральным законом «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» от 3 мая 2012 года. Государства, ратифицировавшие Конвенцию, обязуются развивать инклюзивное образование, в том числе обучение детей с ограниченными возможностями здоровья вместе с обычными детьми.

***Впервые в Законе «Об образовании в Российской Федерации»***обучающийся с ограниченными возможностями здоровья определен как физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Попытаемся разобраться, что же это за категория детского населения:

**Дети с ограниченными возможностями** - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обусловливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Синонимами данного понятия могут выступать следующие определения таких детей: "дети с проблемами", "дети с особыми нуждами", "нетипичные дети", "дети с трудностями в обучении", "исключительные дети". В данную группу можно отнести как детей-инвалидов, так и не признанных инвалидами, но при наличии ограничений жизнедеятельности. Итак, дети с **ограниченными возможностями здоровья** – это определенная группа детей, требующая особого внимания и подхода к воспитанию.

Характеристика детей с ОВЗ зависит от многих показателей, из которых определяющим является сам дефект. Ведь именно от него зависит дальнейшая практическая деятельность индивидуума.

Выготский отмечал необходимость включать детей с ограниченными возможностями здоровья в различную социально значимую деятельность, направленную на формирование детского опыта.

Выготский ввел понятие *«Структура дефекта».*

Первичное нарушение, например, нарушение слуха или зрения влечёт за собой вторичные отклонения в развитии.

При разной первичной причине многие вторичные отклонения в младенческом, раннем, дошкольном возрастах могут иметь сходное проявление.

Вторичное отклонение носит системный характер, и изменяет всю структуру психического развития ребенка.

**По классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым различают следующие категории детей с нарушениями в развитии:**

1) дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие);

2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);

3) дети с нарушениями речи;

4) [дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);](http://infourok.ru/go.html?href=http%3A%2F%2F74203s037.edusite.ru%2FDswMedia%2Fdetisuo.docx)

5) [дети с задержкой психического развития (ЗПР);](http://infourok.ru/go.html?href=http%3A%2F%2F74203s037.edusite.ru%2FDswMedia%2Fdetiszpr.docx)

6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);

7) дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;

8) дети с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

**Существуют причины появления детей с ограниченными возможностями здоровья**

1. Эндогенные (или внутренние) причины делятся на три группы:

- пренатальные (до рождения ребенка): это может быть болезнь матери, нервные срывы, травмы, наследственность;

- натальные (момент родов): это могут быть тяжелые роды, слишком быстрые роды, вмешательство медиков;

- постнатальные (после рождения): например, ребенок стукнулся, упал.

2. Экзогенные (или внешние) причины: причины социально биологического характера – это экология, табакокурение, наркомания, алкоголизм, спид.

**Психолого-педагогическая характеристика детей с ОВЗ**

1. У детей наблюдается низкий уровень развития восприятия. Это проявляется в необходимости более длительного времени для приема и переработки сенсорной информации, недостаточно знаний этих детей об окружающем мире.

2. Недостаточно сформированы пространственные представления, дети с ОВЗ часто не могут осуществлять полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое.

3. Внимание неустойчивое, рассеянное, дети с трудом переключаются с одной деятельности на другую. Недостатки организации внимания обуславливаются слабым развитием интеллектуальной активности детей, несовершенством навыков и умений самоконтроля, недостаточным развитием чувства ответственности и интереса к учению.

4. Память ограничена в объеме, преобладает кратковременная над долговременной, механическая над логической, наглядная над словесной.

5. Снижена познавательная активность, отмечается замедленный темп переработки информации.

6. Мышление – наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое.

7. Снижена потребность в общении как со сверстниками, так и со взрослыми.

8. Игровая деятельность не сформирована. Сюжеты игры обычны, способы общения и сами игровые роли бедны.

9. Речь – имеются нарушения речевых функций, либо все компоненты языковой системы не сформированы.

10. Наблюдается низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости, вследствие возникновения у детей явлений психомоторной расторможенности.

11. Наблюдается несформированность произвольного поведения по типу психической неустойчивости, расторможенность влечений, учебной мотивации.

Вследствие этого у детей проявляется недостаточная сформированность психологических предпосылок к овладению полноценными навыками учебной деятельности. Возникают трудности формирования учебных умений (планирование предстоящей работы, определения путей и средств достижения учебной цели; контролирование деятельности, умение работать в определенном темпе).

**Типичные затруднения (общие проблемы) у детей с ОВЗ**

1. Отсутствует мотивация к познавательной деятельности, ограниченны представления об окружающем мире;

2. Темп выполнения заданий очень низкий;

3. Нуждается в постоянной помощи взрослого;

4. Низкий уровень свойств внимания (устойчивость, концентрация, переключение);

5. Низкий уровень развития речи, мышления;

6. Трудности в понимании инструкций;

7. Инфантилизм;

8. Нарушение координации движений;

9. Низкая самооценка;

10. Повышенная тревожность, Многие дети с ОВЗ отмечаются повышенной впечатлительностью (тревожностью): болезненно реагируют на тон голоса, отмечается малейшее изменение в настроении;

11. Высокий уровень психомышечного напряжения;

12. Низкий уровень развития мелкой и крупной моторики;

13. Для большинства таких детей 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;

14. У других детей отмечается повышенная возбудимость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству.

Рассмотрим некоторые психологические характеристики развития детей с ограниченными возможностями.

**Дети с нарушением слуха**

Потеря слуха лишает ребенка важного источника информации и ограничивает тем самым процесс его интеллектуального развития. Выделяют следующие группы детей с недостатками слуха:

*Неслышащие* – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса.

*Слабослышащие* – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.

Нарушение слуха непосредственно влияет на речевое развитие ребенка и оказывает опосредованное влияние на формирование памяти, мышления. Что же касается особенностей личности и поведения неслы­шащего и слабослышащего ребенка, то они не являются биологически обусловленными и при создании соответствующих условий поддаются коррекции в наибольшей степени.

Важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, ***тактильно-вибрационные ощущения.***

Особенности мышления детей с нарушениями слуха связаны с замедленным овладением словесной речью. Наиболее ярко это проявляется в развитии словесно-логического мышления. При этом наглядно-действенное и образное мышление глухих и слабослышащих учащихся также имеет своеобразные черты. Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике.

У ребенка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи (коммуникативной, обобщающей, регулирующей). Поэтому дети, страдающие глубокими нарушениями слуха, в общем уровне развития отстают от своих сверстников.

**Дети с нарушением зрения**

**Слабовидящие дети**сильно отличаются друг от друга по состоянию зрения, работоспособности, утомляемости и скорости усвоения материала. В значительной степени это обусловлено характером поражения зрения, происхождением дефекта и личными особенностями детей.

Как правило, для детей с нарушениями зрения характерны повышенная эмоциональная ранимость, обидчивость, конфликтность, напряженность, неспособность к пониманию эмоционального состояния партнера по общению и адекватному самовыражению. *Поведению детей с нарушениями зрения* в большинстве случаев недостает гибкости и спонтанности, отсутствуют, или слабо развиты неречевые формы общения. Для слабовидящих детей характерна большая неуверенность в правильности и качестве выполнения работы, что выражается в более частом обращении за помощью в оценке деятельности к взрослому, переводе оценки в вербальный коммуникативный план. Игры таких детей отличаются меньшей развернутостью по сравнению с играми обычных детей.

**Дети с тяжелыми нарушениями речи**

Особенности речевого развития детей с тяжелыми нарушениями речи оказывают влияние на формирование личности ребенка, на формирование всех психических процессов. Дети имеют ряд психолого-педагогических особенностей, затрудняющих их социальную адаптацию и требующих целенаправленной коррекции имеющихся нарушений.

Особенности речевой деятельности отражаются на формировании у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительной сохранности смысловой памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. У детей низкая мнемическая активность может сочетаться с задержкой в формировании других психических процессов. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития проявляется в специфических особенностях мышления. Обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными по возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

**Дети с соматическими заболеваниями**

Дети с соматическими заболеваниями, не имеющие видимых дефектов, имеющие сохранный интеллект и с первого взгляда ничем не отличающиеся от остальных. У таких детей слабо развита познавательная сфера, отмечается недоразвитие личности, интеллектуальная пассивность, ограниченный объем принятой информации, низкая способность к обобщениям, быстрая потеря интереса к занятиям.

**Дети с умственной отсталостью**

Среди детей и подростков, имею­щих психическую патологию развития, наиболее многочис­ленную группу составляют умственно отсталые дети. Боль­шинство из них — олигофрены.

Олигофрения — это форма умственного и психического недоразвития, возникающая в результате поражения ЦНС, и в первую очередь коры головного мозга, в пренатальный (внутриутробный), натальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития) периоды. По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно подразделяют на три степени: идиотия, имбецильность и дебилъностъ*.*Дети с умственной отсталостью в стадии идиотии и имбецильности в правовом отношении яв­ляются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или замещающих лиц.

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. У них отмечают­ся задержки в физическом развитии, общая психологическая инертность, снижен интерес к окружающему миру, заметно недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематическо­го слуха. По-иному у них складываются соотношения в раз­витии наглядно-действенного и словесно-логического мышле­ния. Многие умственно отсталые дети начинают говорить только к 4—5 годам. Речь умственно отсталого ребенка не вы­полняет своей основной функции — коммуникативной.

**Дети с задержкой психического развитии (ЗПР)**

**Внимание** этих детей характеризуется неустойчивостью, отмечаются периодические его колебания, неравномерная работоспособность. Трудно собрать, сконцентрировать внимание детей, удержать на протяжении той или иной деятельности. Очевидна недостаточная целенаправленность деятельности, дети действуют импульсивно, часто отвлекаются

Установлено, что многие из детей испытывают трудности и в процессе**восприятия** (зрительного, слухового, тактильного). Снижена скорость выполнения перцептивных операций.

**Память** детей с задержкой психического развития также отличается качественным своеобразием. Характерны неточность воспроизведения и быстрая потеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память.

Значительное своеобразие отмечается в развитии их**мыслительной деятельности.** Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений. Исследователи подчеркивают сложность создания целого из частей и выделения частей из целого, трудности в пространственном оперировании образами.

У детей с ЗПР отмечается выраженная тревожность по отношению к взрослому, от которого они зависят. Такая тревожность имеет тенденцию с возрастом прогрессировать.

Дети склонны преимущественно к конфликтному или избегающему способу взаимодействия. Дети с ЗПР предпочитают контактировать с детьми более младшего возраста, в силу того, что коллектив сверстников, с которыми они могут контактировать, устанавливать взаимоотношения, вызывает у них тревогу. У них преобладают ситуативно-деловые формы общения, основывающиеся на предметно-практических операциях. У детей с ЗПР, выявлена сниженная потребность в общении. В процессе общения дошкольников с ЗПР на первый план выдвигается недостаточная сформированность его мотивационной основы. Потребность в игре у этих детей резко снижена.

**Направления психолого-педагогической деятельности с детьми с задержкой психического развития**

Специальный образовательный процесс для детей с отклонениями в развитии должен протекать в специальных образовательных условиях, предполагающих: наличие современных специальных образовательных программ, учет особенностей развития каждого ребенка, индивидуальный педагогический подход (применение специальных средств, методов образования, компенсации и коррекции), обеспечение адекватной среды жизнедеятельности, проведение коррекционно-педагогического процесса специальными педагогами. [2]

Педагог-психолог свою деятельность по отношению к детям с ЗПР должен осуществлять в следующих направлениях:

. Осуществление системы коррекционных и развивающих мероприятий.

. Осуществление комплекса поддерживающих, консультативных и просветительских мероприятий в отношении педагогов и родителей детей.

. Осуществление социально-диспетчерской функции.

. Психологическая работа, направленная на обеспечение полноценного психического развития ребенка предполагает решение следующих задач:

.1. Формирование психологического базиса для развития высших психических функций:

обеспечение полноценного физического развития, оздоровление организма;

коррекция недостатков в двигательной сфере;

развитие общей и мелкой моторики;

формирование чувства ритма;

создание условий для полноценного межанализаторного взаимодействия через систему специальных игровых упражнений.

.2.Целенаправленное формирование высших психических функций:

развитие сенсорно-перцептивной деятельности и формирование эталонных представлений;

формирование мыслительной деятельности во взаимосвязи с развитием речи;

развитие умственных способностей через овладение действиями замещения и наглядное моделирование в различных видах деятельности;

развитие творческих способностей.

.Формирование ведущих видов деятельности, их мотивационных, ориентировочно-операционных и регуляционных компонентов:

целенаправленное формирование учебной деятельности: умение программировать, контролировать, регулировать и оценивать результаты при выполнении заданий;

всестороннее развитие предметно-практической деятельности.

. Коррекция недостатков в эмоционально-волевой сфере:

формирование способности к волевым усилиям, произвольной регуляции поведения;

преодоление негативных качеств формирующегося характера, предупреждение и устранение аффективных, негативистских проявлений, отклонений в поведении.

. Преодоление недостатков в речевом развитии:

целенаправленное формирование функций речи;

особое внимание следует уделить развитию словесной регуляции действий у детей с задержанным психическим развитием, формированию и развитию связной речи;

создание условий для овладения ребенком всеми компонентами языковой системы;

одной из важнейших задач является формирование навыков письма и чтения.

.Формирование коммуникативной деятельности:

обеспечение эмоциональных и деловых контактов со взрослыми и сверстниками;

формирование механизмов психологической адаптации в коллективе сверстников, формирование полноценных межличностных связей.

Главной особенностью коррекционной работы является комплексный подход к формированию тех или иных навыков у детей, который предполагает:

·диагностическое изучение ребенка на момент поступления его в группу для уточнения стартовых возможностей, перспектив и темпов обучения;

·обратная связь с семьей с целью получения полной информации о развитии ребенка и консультирования семьи;

·взаимодействие с врачами-специалистами, особенно невропатологами и детским психиатром, с целью контроля за состоянием здоровья ребенка и оказания своевременной медицинской помощи;

·использование игровой мотивации на всех занятиях.

Важным направлением консультативной деятельности педагога - психолога является психологическая поддержка педагогов и родителей детей с ЗПР. Взаимодействие такими детьми может привести к возникновению у взрослых различных профессиональных и личностных проблем. Заметим, что в своих реакциях на проблемы взаимодействия с детьми взрослые часто зеркально отображают детские проблемы и отклонения. В этом случае необходимо провести работу по оказанию психологической поддержки, цель которой - помощь в переходе на позицию сотрудничества, позволяющую более эффективно решать проблемы детей и взрослых. [43]

**Вид ЗПР**

**Конституциональная ЗПР**

Задержка развития имеет форму, которую определяет наследственность. Для детей с этим видом ЗПР характерна гармоничная незрелость телосложения и одновременно психики, что свидетельствует о наличии гармонического психофизического инфантилизма. Настроение такого ребенка преимущественно положительное, он быстро забывает обиды. Вместе с тем из-за незрелой эмоционально-волевой сферы не получается формирования учебной мотивации. Дети быстро осваиваются в школе, но не принимают новых правил поведения: опаздывают на уроки, на уроках играют и вовлекают в игры соседей по парте, превращают буквы в тетради в цветы. Такой ребёнок не разделяет оценки на «хорошие» и «плохие», он радуется наличию их в тетради.

С самого начала учебы ребёнок превращается в стойко неуспевающего ученика, на что есть причины. В силу незрелой эмоционально-волевой сферы он выполняет лишь то, что связано с его интересами. А из-за незрелости интеллектуального развития у детей такого  возраста недостаточно сформированы мыслительные операции, память, речь, они обладают малым запасом представлений о мире и знаний.

Для конституциональной ЗПР прогноз будет благоприятным при целенаправленном педагогическом воздействии в доступной игровой форме. Работа по коррекции развития и индивидуальный подход снимут вышеописанные проблемы. Если нужно оставлять детей на второй год учебы, это их не травмирует, они легко примут новый коллектив и безболезненно привыкнут к новому учителю.

**Соматогенная ЗПР**

Детей этого вида заболевания рожают здоровые родители. Задержка развития случается вследствие перенесённых заболеваний, которые влияют на мозговые функции: хронические инфекции, аллергия, дистрофия, стойкая астения, дизентерия. Первично интеллект ребенка не был нарушен, но из-за своей рассеянности он становится непродуктивным в процессе учебы.

В школе дети данного вида ЗПР испытывают серьезные трудности в адаптации, долго не могут освоиться в новом коллективе, скучают и часто плачут. Они пассивны, бездеятельны и безынициативны. Всегда вежливы с взрослыми, адекватно воспринимают ситуации, но если на них не оказывать руководящего воздействия, они будут не организованны и беспомощны. У таких детей в школе большие трудности с обучением, возникающие из-за пониженной мотивации достижения, отсутствует интерес к предлагаемым заданиям, есть неумение и нежелание преодолевать трудности при их выполнении. В состоянии утомления ответы ребёнка необдуманные и нелепы, часто возникает аффективное торможение: дети боятся  ответить неверно и предпочитают молчать. Также при сильном утомлении нарастает головная боль, понижается аппетит, возникают боли возле сердца, что дети используют как повод для отказа от работы при возникновении трудностей.

Детям с соматогенной ЗПР нужна систематическая лечебно-педагогическая помощь. Лучше всего их помещать в школы санаторного типа или в обыкновенных классах создать медикаментозно-педагогический режим.

**Психогенная ЗПР**

Дети этого вида ЗПР отличаются нормальным физическим развитием, они соматически здоровы. Как стало ясно из исследований, многие дети имеют мозговую дисфункцию. Причина их психического инфантилизма — социально-психологический фактор – неблагоприятные условия воспитания: однообразные контакты и среда обитания, эмоциональная депривация (недостаток материнского тепла, эмоциональных отношений),  обделённость, плохая индивидуальная мотивация. В результате у ребенка снижается интеллектуальная мотивация, наблюдается поверхностность эмоций, несамостоятельность в поведении, инфантильность в отношениях.

Данная детская аномалия часто формируется в неблагополучных семьях. В асоциально-попустительской семье за ребёнком нет должного надзора, здесь присутствует эмоциональное отторжение наряду с вседозволенностью. Из-за образа жизни родителей у малыша возникают импульсивные реакции, непроизвольность в поведении, его интеллектуальная активность гасится. Это состояние часто становится благоприятной почвой для появления устойчивых асоциальных установок, ребенок педагогически запущен. В авторитарно-конфликтной семье атмосфера ребёнка пропитана конфликтами между взрослыми. Родители воздействуют на малыша посредством подавления и наказания, систематически травмируя психику ребёнка. Он становится пассивным, несамостоятельным, забитым, чувствует повышенную тревожность.

 не интересуются продуктивной деятельностью, имеют неустойчивое внимание. В их поведении проявляется необъективность, индивидуализм,[агрессия](http://www.psyportal.net/3951/agressiya/) или же чрезмерная покорность и приспособленность.

Учитель должен проявлять заинтересованность в таком ребенке, кроме того, необходимо наличие индивидуального подхода и интенсивного обучения. Тогда дети легко  заполнят пробелы в познаниях в обычной школе-интернате.

**ЗПР церебрально-органического характера**

В данном случае нарушение развития личности обусловлено локальным нарушением мозговых функций. Причины отклонений в развитии мозга: патология беременности, включая тяжёлый токсикоз, вирусный грипп, перенесённый матерью, алкоголизм и[наркомания](http://www.psyportal.net/14307/chto-takoe-narkomaniya/) родителей, родовые патологии и травмы, асфиксия, тяжёлые заболевания на 1-м году жизни, инфекционные заболевания.

У всех детей этого вида ЗПР отмечается церебральная астения, что проявляется в чрезмерной утомляемости, пониженной работоспособности, плохой концентрации внимания и памяти. Мыслительные процессы несовершенны, а показатели продуктивности таких детей приближены к показателям детей-олигофренов. Они усваивают знания фрагментарно, и те быстро забывают, поэтому в конце учебного года учащиеся превращаются в стойко неуспевающих ребят.

Отставание в развитии интеллекта сочетается у этих детей с незрелой эмоционально-волевой сферой, проявления которой глубокие и грубые. Дети долго учат правила взаимоотношений, не соотносят свои эмоциональные реакции с определенной ситуацией, нечувствительны к промахам. Их ведет игра, поэтому постоянно возникает конфликт между «хочу» и «надо».

Обучение детей этого вида ЗПР по обычной программе бесперспективно. Они нуждаются в систематической компетентной коррекционно-педагогической поддержке.

**Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата**

Детский церебральный паралич – болезнь, развивающаяся вследствие поражения головного мозга – внутриутробно, при родах или в период новорожденности, характеризуется двигательными расстройствами, а также нарушениями психоречевых функций.

**ДЦП-** составляет группу расстройств двигательной сферы, которые возникают в результате поражения двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. При ДЦП происходит недостаток или отсутствие контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

Причиной возникновения ДЦП считается раннее поражение мозга, обычно внутриутробное. Оно может производить в результате перенесения матерью во время беременности различных инфекционных заболеваний, а также в результате интоксикаций, хронических заболеваний матери, резус – конфликта. Иногда к ДЦП приводят такие причины, как нарушения родовой деятельности, асфиксия плода в результате обвития пуповины вокруг шейки матки. Среди причин родовых травм выделяют следующие: физические повреждение плода (использование щипцов),неправильное положение плод; ,узкий таз, быстрые или затяжные роды; продолжительные потуги ;искусственные роды (кесарево течение) ;аномалии плаценты или пуповины; преждевременное отхождение вод.

Редко к развитию ДЦП приводят инфекционные заболевания, осложняющиеся энцефалитом, травмы головного мозга, перенесенные ребенком уже после рождения, на 1-ом году жизни.(3, стр.447).

Детский церебральный паралич по наследству не передается. (2, стр.505)

Особенности детей с ДЦП обусловлены главным отличием этих детей от других групп детей с нарушениями в развитии. Особенностью этих детей являются двигательные нарушения, по – разному проявляющиеся при различных формах ДЦП интеллектуальное развитие имеет свои особенности. Задержки психического развития занимают промежуточное положение между нормальным интеллектом и олигофренией, т.е. наблюдается недоразвитие познавательной деятельности и различных психических функций ребенка.(3, стр.457)

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

* Нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционирование всей познавательной системы ребенка,т.к. нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;
* Повышенная истощаемость всех психических процессов, выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Иногда повышенная утомляемость способствует патологическому развитию личности.
* Повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящих к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другую.(7, стр.286)

**В процессе коррекции патологических функций у детей с ДЦП решаются следующие задачи**:

1. формирование зрительного восприятия формы и цвета предметов;
2. коррекция пространственных знаний;
3. 3.восполнение временных представлений;
4. развитие фонематического слуха и анализа;
5. формирование способности к обобщению и дифференцированию знаний.

Одна из важнейших задач при обучении детей состоит в оказании логопедической помощи. Логопедическая помощь должна носить комплексный характер и включать в себя формирование фонематического восприятия, исправление недостатков звукопроизношения, развитие смысловых аспектов речевой деятельности.

Логопедическую работу следует проводить поэтапно. Во время первого этапа происходит формирование артикуляционной моторики, реализуется коррекция дыхания и голоса,обогощается словарный запас. Во время второго этапа осуществляется развитие звукоподражательных систем, происходит формирование речевого общения, освоение навыков звукового анализа, исправление артикуляционных нарушений.

Важную роль в процессе физического воспитания детей с ДЦП играют упражнения, ориентированные на формирование особенных манипуляций, развитие навыков самостоятельной ходьбы. Для подготовки ребенка к осуществлению самостоятельных движений используются специальная лечебная гимнастика, ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры, разнообразные типы массажа и медикоментозных средства. Кроме того, при обучении и воспитании необходимо уделять внимание коррекции развития эмоциональной- волевых качеств и предотвращение появления неврологической симптоматики и повышенной возбудимости ЦНС.

При коррекционной работе нужно учитывать не возраст ребенка, а уровень его психо-речевого развития, однако проводить данную работу надо в форме ведущего для данной возрастной группы рода деятельности.

Среди основных направлений коррекционной работы с детьми с ДЦП выделяют следующие: формирование игровой деятельности, развитие речевой функции, увеличение запаса знаний и словарного запаса, формирование предпосылок для овладения письмом, развитие навыков самообслуживания, подготовка к школе. Немаловажную роль отведена родителям(6, стр 106)

Для большинства детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу так называемого психического инфантилизма. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга (лобные отделы головного мозга), связанных с волевой деятельностью. Интеллект ребенка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной.

При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент "детскости". Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью. Несмотря на перечисленные особенности поведения, эмоционально-волевые нарушения могут проявлять себя по-разному. Это может быть и повышенная возбудимость. Дети этого типа беспокойны, суетливы, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады настроения: они то, чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными.

**Дети с расстройствами раннего детского аутизма**

Аутизм – нарушение нормального хода мышления под влиянием болезни, психотропных или иных средств, уход человека от реальности в мир фантазий и грез*.*В наиболее яркой форме он обнаруживается у детей дошкольного возраста и у больных шизофренией.

**Основными признаками РДА при всех его клинических вариантах являются:**

- полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, или же недостаточная потребность в них;

- обособленность от окружающего мира;

- слабость эмоциональной реакции по отношению к близким, даже к матери, возможно, полное безразличие к ним (аффективная блокада);

- дети, страдающие аутизмом, очень часто чувствительны к слабым раздражителям. Например, они нередко не переносят тиканье часов, шум бытовых приборов, капанье воды из водопроводного крана;

- однообразное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным движениям, например, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.);

- речевые нарушения при РДА разнообразны. В более тяжелых формах РДА наблюдается мутизм (полная утрата речи), у некоторых больных отмечается повышенный вербализм – ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова или слоги;

- характерным для детей-аутистов является такое зрительное поведение, при котором проявляется непереносимость взгляда в глаза, «бегающий взгляд» или взгляд мимо.

Сложность и своеобразие психики ребенка с проблемами в развитии требует тщательного методологического подхода к процессу психологической помощи.

Чрезвычайно важен принцип личностного подхода к ребенку с проблемами в развитии. В процессе психологической помощи не учитывается какая-то отдельная функция или изолированное психическое явление, например низкий уровень интеллекта, а личность в целом со всеми ее индивидуальными особенностями.

. Частота раннего детского аутизма в популяции составляет 2-4 случая на 10 тыс. детей за явным преобладанием данного расстройства среди мальчиков (3-4:1). Ранний детский аутизм начинает проявлять себя в первые 3 года жизни ребенка, обычно диагностируется у детей в возрасте 2-5 лет. Примерно в 0,2% случаев ранний детский аутизм сочетается с умственной отсталостью. Характерно, что ранний детский аутизм никогда не развивается у детей старше 5 лет, поэтому, начиная со старшего дошкольного возраста, следует думать о возникновении у ребенка с отклонениями в поведении других психических отклонений, прежде всего [шизофрении](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/schizophrenia).

## Причины раннего детского аутизма

На сегодняшний день причины и механизмы раннего детского аутизма до конца неясны, что порождает множество теорий и гипотез происхождения нарушения.

Генная теория происхождения связывает ранний детский аутизм с генетическими дефектами. Известно, что 2-3 % потомков аутистов также страдает этим расстройством; вероятность рождения второго ребенка-аутиста в семье составляет 8,7 %, что во много раз превышает среднюю популяционную частоту. У детей с ранним детским аутизмом чаще обнаруживаются другие генетические нарушения – [фенилкетонурия](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/phenylketonuria), синдром ломкой Х-хромосомы, [нейрофиброматоз Реклингхаузена](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/recklinghausen-neurofibromatosis), гипомеланоз Ито и др.

Согласно тератогенной теории возникновения раннего детского аутизма, различные экзогенные и средовые факторы, воздействующие на организм беременной на ранних сроках, могут вызывать биологические повреждения ЦНС плода и в дальнейшем приводить к нарушению общего развития ребенка. Такими тератогенами могут выступать компоненты продуктов питания (консерванты, стабилизаторы, нитраты), алкоголь, никотин, наркотики, лекарственные препараты, [внутриутробные инфекции](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/intrauterine-infection), стрессы, факторы среды (радиация, выхлопные газы, соли тяжелых металлов, фенол и др.). Кроме этого, частая связь раннего детского аутизма с[эпилепсией](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/epilepsy) (примерно у 20-30% больных) указывает на наличие [перинатальной энцефалопатии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/perinatal-encephalopathy), которая может развиться вследствие [токсикозов беременности](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pregnancy-toxemia), [гипоксии плода](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/fetal-hypoxia), [внутричерепных родовых травм](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/intracranial-birth-trauma) и пр.

Альтернативные теории связывают происхождения раннего детского аутизма с грибковой инфекцией, метаболическими, иммунными и гормональными нарушениями, старшим возрастом родителей. В последние годы появились сообщения о связи раннего детского аутизма с профилактической [вакцинацией детей](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/childhood-vaccination/) против[кори](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/measles), [паротита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/parotitis) и [краснухи](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/rubella), однако свежие исследования убедительно опровергли наличии причинно-следственной связи между прививкой и заболеванием.

## Симптомы раннего детского аутизма

Основные «классические» проявления раннего детского аутизма включают: избегание ребенком контактов с людьми, неадекватные сенсорные реакции, стереотипии поведения, нарушения речевого развития и вербальной коммуникации.

Нарушения социального взаимодействия у ребенка, страдающего аутизмом, становятся заметными уже раннем детстве. Ребенок-аутист редко улыбается взрослым и откликается на свое имя; в более старшем возрасте – избегает зрительного контакта, редко приближается к посторонним, в т. ч. другим детям, практически не проявляет эмоций. По сравнению со здоровыми сверстниками, у него отсутствует любопытство и интерес к новому, потребность в организации совместной игровой деятельности.

Обычные по силе и длительности сенсорные раздражители вызывают у ребенка с синдромом раннего детского аутизма неадекватные реакции. Так, даже негромкие звуки и неяркий сет могут вызывать повышенную пугливость и страх либо, напротив, оставлять ребенка равнодушным, как будто он не видит и не слышит, что происходит вокруг. Иногда дети-аутисты избирательно отказываются надевать одежду определенного цвета или использовать некоторые цвета в продуктивной деятельности (рисовании, аппликации и пр.). Тактильный контакт даже в младенческом возрасте не вызывает ответной реакции или провоцирует сопротивление. Дети быстро утомляются от деятельности, пресыщаются от общения, зато склонны к «застреванию» на неприятных впечатлениях.

Отсутствие способности к гибкому взаимодействию с окружающей средой при раннем детском аутизме обусловливает стереотипность поведения: однообразие движений, однотипные действия с предметами, определенный порядок и последовательность выполнения действий, большую привязанность к обстановке, к месту, а не к людям. У детей-аутистов отмечается общая двигательная неловкость, неразвитость мелкой моторики, хотя в стереотипных, часто повторяемых движениях они демонстрируют поразительную точность и выверенность. Формирование навыков самообслуживания также происходит с запозданием.

Речевое развитие при раннем детском аутизме отличается своеобразием. Долингвистическая фаза языкового развития протекает с задержкой – поздно появляется (иногда совсем отсутствует) гуление и лепет, звукоподражание, ослаблена реакция на обращение взрослых. Самостоятельная речь у ребенка с ранним детским аутизмом также появляется позднее обычных нормативных сроков (смотри «[Задержка речевого развития](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/speech-retardation)»). Характерны эхолалии, штампованность речи, выраженные аграмматизмы, отсутствие в речи личных местоимений, интонационная бедность языка.

Своеобразие поведения ребенка с синдромом раннего детского аутизма определяется негативизмом (отказом от обучения, совместной деятельности, активным сопротивлением, агрессией, уходом «в себя» и пр.) Физическое развитие у детей-аутистов обычно не страдает, однако интеллект в половине случаев оказывается сниженным. От 45 до 85% детей с ранним детским аутизмом испытывают проблемы с пищеварением; у них часто встречаются [кишечные колики](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/intestinal-colic), [диспепсический синдром](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/dyspepsia).

## Диагностика раннего детского аутизма

Согласно МКБ-10, диагностическими критериями раннего детского аутизма являются:

* 1) качественное нарушение социального взаимодействия
* 2) качественные нарушения общения
* 3) стереотипность форм поведения, интересов и активности.

Диагноз раннего детского аутизма устанавливается после периода наблюдения за ребенком коллегиальной комиссией в составе [педиатра](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician), [детского психолога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-psychologist), [детского психиатра](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/child-psychiatrist), [детского невролога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-neurologist), [логопеда](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist) и других специалистов. Широко используются различные опросники, инструкции, тесты измерения уровня интеллекта и развития. Уточняющее обследование может включать [ЭЭГ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/eeg), [МРТ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain) и [КТ головного мозга](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ct-neurology/brain) при [судорожном синдроме](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/streptoderma);[консультацию генетика](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/geneticist) и генотипирование при неврогенетических расстройствах; консультацию [гастроэнтеролога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-gastroenterology/gastroenterologist)при пищеварительных расстройствах и т. д.

Дифференциальная диагностика раннего детского аутизма проводится как внутри группы первазивных нарушений развития, так и с другими психопатологическими синдромами – [задержкой психического развития](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/mental-retardation),[олигофренией](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/oligophrenia), шизофренией, депривационными расстройствами и пр.

## Лечение раннего детского аутизма

Излечение синдрома раннего детского аутизма на сегодняшний день невозможно, поэтому медикаментозная коррекция строится по синдромальному принципу: в случае необходимости назначаются противосудорожные препараты, психостимуляторы, антипсихотики и т. п. Имеются сведения о благоприятных результатах[электроакупунктуры](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/reflexotherapy/electroacupuncture).

Целесообразность применения различных экспериментальных методик (например, лечение раннего детского аутизма безглютеновой диетой) не имеет клинически достоверных подтверждений.

Основная роль в лечении раннего детского аутизма отводится [психотерапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/psychotherapy), [психолого-педагогической коррекции](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/child-mental-sphere/), [дефектологической помощи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/child-mental-sphere/defectologist), [занятиям с логопедом](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech/). В работе с детьми-аутистами используется музыкотерапия, [арт-терапия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/art-therapy), [игротерапия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/child-mental-sphere/play-therapy), иппотерапия, дельфинотерапия, трудотерапия, логоритмика. В процессе обучения аутичных детей педагогам следует ориентироваться на сильные стороны ребенка (нацеленность на учебу, преобладающие интересы, способности к точным наукам или языкам и т. п.).

## Прогноз и профилактика раннего детского аутизма

Невозможность полного излечения раннего детского аутизма обусловливает сохранение синдрома в подростковом и взрослом возрасте. С помощью ранней, постоянной и комплексной лечебно-коррекционной реабилитации удается достичь приемлемой социальной адаптации у 30% детей. Без специализированной помощи и сопровождения в 70% случаев дети остаются глубокими инвалидами, не способными к социальным контактам и самообслуживанию.

Учитывая неустановленность точных причин раннего детского аутизма, профилактика сводится к общепринятым правилом, которые должна соблюдать женщина, готовящаяся к материнству: тщательно планировать беременность, исключить влияние неблагоприятных экзогенных факторов, правильно питаться, избегать контактов с инфекционными больными, соблюдать рекомендации [акушера-гинеколога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gynaecological-consultation/) и пр.

**Общие психолого-педагогические рекомендации, в работе с детьми, имеющие ограниченные возможности здоровья**

- Принимать ребенка таким, какой он есть.

- Как можно чаще общаться с ребенком.

- Избегать переутомления.

- Использовать упражнения на релаксацию.

- Не сравнивать ребенка с окружающими.

- Поощрять ребенка сразу же, не откладывая на будущее.

- Способствовать повышению его самооценки, но хваля ребенка он должен знать за что.

- Обращаться к ребенку по имени.

- Не предъявлять ребенку повышенных требований.

- Стараться делать замечания как можно реже.

- Оставаться спокойным в любой ситуации.