**Дети с особенностями психофизического развития: причины, факторы, классификация**

Прокопенко А.Н., заместитель директора по основной деятельности

ГУО «Гомельский районный ЦКРОиР»

Дети с особенностями психофизического развития( далее**-**ОПФР) (термин, официально признанный в Республике Беларусь) – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обусловливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь.

Синонимами данного термина могут выступать ряд альтернативных понятий: «дети с ограниченными возможностями здоровья» (российский вариант), «дети с особыми образовательными потребностями», «дети с отклонениями в развитии», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении», «дети с дизонтогенезом» (нарушение индивидуального хода развития), «исключительные дети», «дети с недостатками в умственном и физическом развитии», «дети с недугом» и др. Объектом дискуссии остается термин «аномальные дети» и в последнее время этот термин вытеснен альтернативными понятиями.

По данным Министерства образования РБ  детей с ОПФР  – 6,11 % от общей численности детей. Из общего количества детей с ОПФР:

* 67,54 % составляют дети с нарушениями речи,
* 17,36 % – дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития,
* 14, 00 % – дети с умственными ограничениями,
* 6,45 % – дети с нарушениями зрения,
* 4, 07 % – дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата,
* 2, 19 % – дети с комбинированными нарушениями,
* 2, 15 % – дети с нарушениями слуха.

Среди основных *групп причин,*которые приводят к нарушениям психического и (или) физического развития, принято выделять эн­догенные (генетические и наследственные заболевания); экзоген­ные (факторы среды).

***Эндогенные причины***представлены двумя основными группами.

1. Различные наследственные заболевания плода - генные абер­рации (аплазия - недоразвитие внутреннего уха, которое приводит к глухоте; микрофтальм - грубое структурное изменение глаза, ха­рактеризующееся уменьшением размеров одного или обоих глаз, что приводит к понижению остроты зрения; мионатия - нарушение обмена веществ в мышечной ткани, характеризующееся мышечной слабостью; фенилкетопурия; микроцефалия и т.н.). В настоящее время известно около 2 000 генных аберраций, которые могут вызвать как психические, так и физические нарушения. Гены с искаженной информацией могут передаваться из поколения в поколение или каждому второму поколению.

Так, при недостаточной ясности этиологии раннего детского ау­тизма общепризнанной является позиция о роли генетических фак­торов - мультифакториальный механизм, при котором передается не собственно патология, а предрасположенность к ее развитию, реализующаяся при наличии провоцирующего фактора (инфекция, интоксикация, травма, возрастной кризис, психотравма и т.д.) (гипотеза В.П. Эфроимсона). По мнению исследователей, у аутичных детей чаще обычного наблюдаются признаки мозговой дисфункции, у них нередко проявляются и нарушения биохимического обмена. Эта недостаточность может быть вызвана широким кругом при­чин: генетической обусловленностью, хромосомными аномалиями (в частности, фрагильной Х-хромосомой), врожденными обменны­ми нарушениями. Она может также оказаться результатом органи­ческого поражения центральной нервной системы в результате па­тологии беременности и родов, последствием нейроинфекции, рано начавшегося шизофренического процесса. Американский исследователь Э. Орииц выявил более 30 различных патогенных факторов, которые способны привести к формированию синдрома Каннера. Аутизм может проявиться вследствие самых разных заболеваний, например врожденной краснухи или туберозного склероза. Таким образом, специалисты указывают на полиэтиологию (множествен­ности причин возникновения) синдрома раннего детского аутизма и (мо под и нозологию (проявление в рамках разных патологий). Действие различных патологических агентов вносит индивидуальные черты н картину синдрома.

2. Заболевания, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом - хромосомные аберрации (полиплодия - уве­личение хромосомного набора в несколько раз; трисомия - увели­чение хромосом в одной паре; моносомия - уменьшение хромосом в паре па одну; нулесомия - отсутствие какой-либо пары хромосом и др.).

Хромосомы и находящиеся в них гены составляют единицы на­следственности. В составных частях хромосом в закодированном виде находятся основные признаки человеческого организма. Как отмечает А. Синкус, хромосомные нарушения наблюдаются у 5-8% детей, страдающих психическими болезнями. Неполноценность ро­дительских половых клеток может возникать из-за неблагоприятной наследственности или отрицательных внешних факторов, которые могут влиять на эти клетки. Отмечается, что у обоих родителей с ин­теллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости рождаются от 45,9 до 100% детей с нарушениями интеллекта. Если только один из родителей имеет интеллектуальную патологию, то процент детей с нарушением интеллекта значительно меньше и до­стигает 33,3-58,1%. Около 13% всех хромосомных болезней состав­ляет синдром Дауна, описанный английским врачом Д.Л. Дауном в 18(>(i г. Французский генетик Ж. Лежен в 1959 г. установил его причи-Ш)| - наличие третьей лишней хромосомы в 21-й хромосомной паре. Чаще всего матери таких детей бывают или очень молодыми, или и нозраете. В первом случае половые клетки роженицы еще слишком слабые, во втором - уже слишком слабые. В литературе приво­дится следующая статистика: если рожают женщины 20-30 лет, то из I Г>00 1 700 новорожденных встречается один с синдромом Дау­на; если женщине 30-34 года - 1 случай из 950-1 000; 35-39 лет -1 случай из 300-350; 40-44 года - до 1 случая из 80; 45 лет и старше 3 случая на (i8 новорожденных (Е.М. Мастюкова).

Внешними признаками синдрома Дауна являются: раскосые гла­за, короткий иос с плоской широкой переносицей, маленькие дефор-мированные уши, выступающая вперед челюсть, увеличенный язык, короткие пальцы, «сандалевидная» щель на стопах, поперечная ла­донная кожная складка, деформация черепа. У новорожденных часто отмечается мышечная гипотония, переразгибание конечностей в суставах, отставание в росте, снижение двигательной активности, вялость, нарушение глотания, сознания. Нередко отмечаются ожирение, врожденные пороки сердца, диафрагмальные грыжи, выявляются нарушение координации и вегетативно-трофические расстройства.

Прогноз для жизни чаще благоприятный (описаны случаи, когда больные доживали до 60-70 лет), но выздоровление невозможно.

Исследованиями установлена зависимость и других хромосом­ных аберраций от возраста матери. Ученые предполагают, что увеличение числа хромосомных аберраций связано со старением женских яйцеклеток. Хотя половые клетки и способны оплодотвориться, однако остается некоторая вероятность, что зарожденная новая жизнь будет иметь те или иные нарушения развития.

Последствием хромосомных аберраций могут быть микроцефалия, нарушения слуха, зрения, интеллекта, несросшееся небо, деформации конечностей.

***Экзогенные причины***вызывают нарушения в развитии в различные периоды онтогенеза.

1. В перинатальный (внутриутробный) период нарушения в развитии могут быть вызваны хроническими заболеваниями родителей, особенно матери; инфекционными болезнями (сифилис, токсоплазмоз и др.); вирусными (краснуха, свинка, грипп, ветряная оспа); интоксикациями (отравлениями) матери (в том числе алкогольными, наркотическими, никотиновыми); недостатками питания матери во время беременности, особенно недостатком белков, микроэлементов, витаминов; резус-конфликтами; травмами; влиянием лучевой энергии и т.п.
2. В натальный (родовой) период причинами нарушений могут стать родовые травмы; инфицирование плода; асфиксия - удушье плода (в 85% случаев возникновения гиперактивности диагностируется патология беременности и (или) родов; у детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень риска для возникновения детского церебрального паралича).
3. В постнатальный период (после рождения) причинами могут быть остаточные явления после различных инфекционных и дру­гих заболеваний (детский церебральный паралич может возникать в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалин); различные травмы (черепно-мозговые; травмы анализаторов, конечностей и т.н.); интоксикации (алкогольные, наркотические, никотиновые и т.н.); несоблюдение санитарно-гигиенических норм (например, несоблюдение гигиены зрения может привести к близо­рукости) и т.п.

Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития. Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к отклонению в развитии, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы сохранными анализаторами.

В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваться в процессе развития, обучения и воспитания ребенка, другие лишь сглаживаться, а некоторые только компенсироваться. Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, умений и навыков, а также различные формы педагогической работы с ним. Один ребенок с отклонениями в развитии может овладеть лишь элементарными общеобразовательными знаниями (читать по слогам и писать простыми предложениями), другой – относительно не ограничен в своих возможностях (например, ребенок с задержкой психического развития или слабослышащий). Структура дефекта влияет и на практическую деятельность детей. Одни дети в будущем имеют возможность стать высококвалифицированными специалистами, другие всю жизнь будут выполнять низко квалифицированную работу.

Социокультурный статус ребенка во многом определяется как наследственными биологическими факторами, так и социальной средой жизни ребенка.Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов. Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы (силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности (ВНД) зависят способности к овладению социальным опытом, познанию действительности, то есть биологические факторы создают предпосылки психического развития человека.

Очевидно, что слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные. “Но все дело в том, – писал Л.С. Выготский, – что учителю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями”.

Сложность структуры атипичного развития заключается в наличии ***первичного дефекта***, вызванного биологическим фактором, и ***вторичных нарушений***, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе. Так, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом, а наступившая, как следствие немота – вторичным дефектом. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения и воспитания при максимальном использовании сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности.

Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта – органического поражения коры головного мозга, порождает вторичные нарушения – отклонения в деятельности высших познавательных процессов (активного восприятия и внимания, произвольных форм памяти, абстрактно-логического мышления, связной речи), которые становятся заметными в процессе социокультурного развития ребенка. Третичные недостатки – недосформированность психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляются в примитивных реакциях на окружающее, недоразвитии эмоционально-волевой сферы: завышенная или заниженная самооценка, негативизм, невротическое поведение. Принципиальным моментом является то, что вторичные и третичные нарушения могут влиять на первичный дефект, усугубляя его, если не проводится целенаправленная и систематизированная коррекционно-реабилитационная работа.

Важной закономерностью является соотношение первичного и вторичного дефектов. В связи с этим Л.С. Выготский писал: Чем дальше отстоит симптом от первопричины, тем он более поддается воспитательному и лечебному воздействию. Получается на первый взгляд парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при умственной отсталости и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших, или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом”. Согласно этому положению Л.С. Выготского, чем дальше разведены между собой первичный дефект биологического происхождения и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем более эффективна коррекция и компенсация последнего с помощью психолого-педагогических и социокультурных средств.

В процессе атипичного развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности, которые являются способом приспособления личности определенному вторичному дефекту. Например, у детей лишенных зрения, остро развивается чувство расстояния (шестое чувство), дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память, осязание и т.д. У глухих детей – мимическое жестовое общение.

Данная положительная оценка определенных проявлений своеобразного нетипичного развития – необходимое основание для разработки системы специального обучения и воспитания с опорой на позитивные возможности детей. Источником приспособления детей с проблемами в развитии к окружающей среде являются сохранные психофизические функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием функционального потенциала сохранных систем. Глухой ребенок использует зрительный и двигательный анализаторы. Для слепого ведущими становятся слуховой анализатор, осязание, обонятельная чувствительность. Учитывая конкретность мышления умственно отсталых детей и относительно сохранные резервы восприятия, в учебном процессе предпочтение отдается наглядному материалу, предметно-практической деятельности.

Таким образом, на развитие ребенка с проблемами в развитии будут влиять следующие факторы:

1. **вид (тип)** нарушения;
2. **степень и качество**первичного дефекта. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения могут быть – ярко выраженными, слабо выраженными и почти незаметными. Степень выраженности отклонения определяет своеобразие атипичного развития;
3. **срок (время)** возникновения первичного дефекта. Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие – повреждение речевых, сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зрительные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохранных анализаторов и речи. В случае потери зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью, что существенно облегчает жизнь такого человека;
4. **условия** **окружающей** социокультурной и психолого-педагогической **среды**. Успешность развития ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно-реабилитационной работы с ним.

Существуют различные классификации детей с особенностями в развитии. В их основу положены различные критерии. Наиболее распространенными критериями являются следующие: причины нарушений; виды нарушений с конкретизацией их характера; последствия нарушений, которые сказываются в дальнейшей жизни. По характеру нарушений различают следующие категории:

1. глухие;
2. слабослышащие;
3. позднооглохшие;
4. незрячие;
5. слабовидящие;
6. лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
7. лица с нарушением эмоционально-волевой сферы;
8. лица с нарушением интеллекта;
9. лица с задержкой психического развития (труднообучаемые);
10. лица тяжелым нарушением речи;
11. лица со сложными недостатками развития.

Есть более обобщенная классификация.В ее основе – группировка вышеуказанных категорий нарушений в соответствии с локализацией нарушения в той или иной системе организма:

1. телесные(соматические) нарушения;

2. сенсорные нарушения (слух, зрение);

3. нарушения деятельности мозга(умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения).

По причинам возникновения нарушений различают:

1. врожденное нарушение развития;

2. несчастный случай, стихийное бедствие;

3. дорожно-транспортное происшествие;

4. экология; болезнь и др.

Наиболее распространенной является классификация Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина.

1. Дети с нарушением слуха и зрения:

1) с недостатками слуха:

а) глухие (неслышащие) дети;

б) слабослышащие (тугоухие) дети;

2) со стойкими дефектами зрения:

а) слепые (незрячие) дети;

б) слабовидящие дети.

2. Умственно отсталые дети и дети с задержкой психического развития:

1) умственно отсталые:

а) олигофрения;

б) деменция;

2) интеллектуальная недоразвитость:

а) идиотия;

б) имбецильность;

в) дебильность;

3) с задержкой психического развития (ЗПР):

а) ЗПР конституционного происхождения;

б) ЗПР соматогенного происхождения;

в) ЗПР психогенного происхождения;

г) ЗПР церебрастенического характера.

3. Дети с тяжелыми нарушениями речи:

1) нарушения устной речи (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия);

2) нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия).

4. Дети с нарушением опорно-двигательной системы (ДЦП).

5. Дети со смешанным (сложным) дефектом (умственно отсталые неслышащие или слабослышащие; умственно отсталые слабовидящие или незрячие; слепоглухонемые и т. д.)

6. Дети с искаженным развитием – психопатия, патология влечений.

Задержка психического развития (ЗПР) – это нарушение нормального темпа психического развития. Термин "задержка" подчеркивает временной характер нарушения, т.е. уровень психофизического развития в целом может не соответствовать паспортному возрасту ребенка. Причины ЗПР могут быть различны: дефекты конституции ребенка (гармонический инфантилизм), соматические заболевания, органические поражения ЦНС (минимальная мозговая дисфункция). Отягчающими факторами могут служить неблагоприятные социокультурные условия. Главными причинами ЗПР, по результатам исследований П. Улба, выступают биологические механизмы: патология беременности, ненормальные роды, частые соматические болезни ребенка в первые годы жизни. Данные факторы обусловливают сниженный физический статус детей, их малую выносливость, что не позволяет им своевременно усвоить актуальный для их возраста объем информации. Однако, если объем поступающей информации мал, методы и средства его подачи (образования) неадекватны возможностям ребенка, а окружение продуцирует по отношению к нему стрессогенные ситуации, то причиной ЗПР будут также выступать и социокультурные факторы.

Все отклонения у таких детей со стороны нервной системы отличаются изменчивостью и диффузностью, носят временный характер. При ЗПР имеет место, в отличие от умственной отсталости, обратимость интеллектуального дефекта. Ряд  исследователей (Т.А. Власова, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, М.С. Певзнер) выделяют две наиболее многочисленные группы детей с ЗПР:

1. дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Задержка их развития связана с медленным темпом созревания лобной области коры мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки;

2. дети с функциональными расстройствами психической деятельности (цереброастенические состояния), которые чаще всего являются следствиями черепно-мозговых травм. Для этих детей свойственна слабость основных нервных процессов и их лабильность.

Особенностью ЗПР является неравномерность (мозаичность) нарушений различных психических функций. Неспособность концентрировать внимание на существенных признаках объектов, избирательное восприятие наблюдаемого являются отличительными особенностями психической деятельности детей с ЗПР. Нарушения психической и недостаточность интегральной деятельности мозга (малое количество образования связей между отдельными перцептивными и моторными функциями) определяют ограниченность и фрагментарность представлений детей об окружающем мире. Кроме того, отсутствует патологическая инертность психических процессов. Такие дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие сходные ситуации. С помощью взрослого дети с ЗПР могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне, хотя и в замедленном темпе. Выраженная познавательная активность при выполнении заданий и в ходе повседневной жизнедеятельности не наблюдается. Отмечается слабость регуляции произвольной деятельности, недостаточная ее целенаправленность, несформированность функций контроля. Дети с ЗПР отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью, они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны резкие колебания настроения, гиперутомляемость. На первый план в развитии таких детей выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик. Это дети с различными формами психофизического инфантилизма (от лат. infantilis – детский, младенческий). Категорию детей с задержкой психического развития принято называть ***«дети с трудностями в обучении»***.

В задержке психического развития выделяют 4 группы:

1. ЗПР конституционного происхождения, или гармонический инфантилизм (сильно выражено отставание в развитии эмоциональной сферы: яркость эмоций сочетается с их неустойчивостью и лабильностью, игровые интересы преобладают даже в школьном возрасте);
2. ЗПР соматогенного происхождения (связана с длительными тяжелыми соматическими заболеваниями в раннем возрасте);
3. ЗПР психогенного происхождения (связана с неблагоприятными условиями воспитания: безнадзорность, жестокость со стороны родителей либо гиперопека);
4. ЗПР церебрастенического характера (самая многочисленная группа; причины – различные патологические ситуации беременности и родов, а также травмы и заболевания ЦНС в первые месяцы и годы жизни; обязательно предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, физическую незрелость, что еще больше осложняет тяжелое состояние ребенка; эти дети нуждаются в более сложном лечении, а также в более сложной педагогической коррекции).

К типичным особенностям, свойственным детям с трудностями в обучении, обусловленным ЗПР, А.Д. Гонеев (1999) и другие относят.

1. Наивность, несамостоятельность, непосредственность, частые конфликты со сверстниками; ребенок не воспринимает и не выполняет школьных требований, но прекрасно чувствует себя в игре, прибегая к ней в тех случаях, когда возникает необходимость уйти от трудной для него учебной деятельности, хотя высшие формы игры со строгими правилами (например, сюжетно-ролевые игры) детям с ЗПР недоступны и вызывают страх или отказ играть.
2. Не осознавая себя учеником и не понимая мотивов учебной деятельности и ее целей, такой ребенок затрудняется в организации собственной целенаправленной деятельности.
3. Информацию, идущую от учителя, ученик воспринимает замедленно и так же медленно ее перерабатывает, а для более полного восприятия он нуждается в наглядно-практической опоре и в предельной развернутости инструкций. Словесно-логическое мышление недоразвито, поэтому ребенок долго не может освоить свернутые мыслительные операции.
4. Наблюдается низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость, объем и темп работы снижен.
5. Обучение по программе массовой школы недоступно, т.к. усвоение программы не соответствует темпу их индивидуального развития.
6. В массовой школе такой ребенок впервые начинает осознавать свою несостоятельность как ученика, у него возникает чувство неуверенности в себе, страх перед наказанием и уход в более доступную деятельность.