

Классификация и виды отклонений в развитии и поведении детей и подростков

Подготовила: Колногузенко В.П.

У детей с проблемами в развитии имеются физические или/и психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонению в общем развитии. В зависимости от характера дефекта, времени его наступления одни недостатки могут преодолеваться полностью, другие - лишь корректироваться, а некоторые - компенсироваться.

Раннее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта.

1 группа

- Дети с недостатками слуха, глухие, слабослышащие
- Дети со стойкими дефектами зрения, слепые, слабовидящие

2 группа

- умственно отсталые дети и дети с задержкой психического развития.

Умственная отсталость – стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения головного мозга. Умственная отсталость выражается в двух формах: олигофрения и деменция. Олигофрения проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5 – 2 лет), деменция (распад психики) – на более поздних этапах онтогенеза (после 1,5 – 2 лет). Выделяют три степени интеллектуального недоразвития: идиотия (самая тяжелая степень), имбецильность (более легкая), дебильность – наиболее легкая степень.

Дети с ЗПР подразделяются на 4 группы:

ЗПР конституционного происхождения или гармонический инфантилизм (дети по росту и физической форме отстают от сверстников на 1,5-2 года; развита игровая деятельность, а учебно-познавательная деятельность не интересна; недостаточность произвольной регуляции деятельности и психических процессов - мышления, внимания, запоминания);

ЗПР соматогенного происхождения (дети рождаются здоровыми, задержка развития – следствие перенесенных в раннем детстве заболеваний, влияющих на развитие мозговых функций: хронических инфекций, аллергии, дистрофии, стойкой астении, дизентерии);

ЗПР психогенного происхождения (нарушения развития, вызванные неблагоприятным влиянием социальной среды, условиями воспитания ребенка: безнадзорность, повышенная опека);

ЗПР церебрастенического характера (обусловлена остаточными явлениями органического поражения головного мозга вследствие перенесенных травм и инфекций (до, после и во время родов); такие дети быстро утомляются, имеют слабую память, испытывают различные страхи и головную боль).

3 группа

— дети с тяжелыми нарушениями речи

Все виды речевых нарушений можно разделить на 2 большие группы:

а) нарушения устной речи: дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия;

б) нарушения письменной речи: дислексия, дисграфия.

4 группа — дети со смешанным (сложным) дефектом:

умственно отсталые, неслышащие и слабослышащие; умственно отсталые слабовидящие или незрячие; слепоглухонемые и т. д.)

Процесс обучения значительно усложняется, когда дело касается ребенка со сложным дефектом. Сложный дефект — это не просто сумма двух (а иногда и более) дефектов; он является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от составляющих его аномалий. Комбинированный дефект искажает психическое развитие в наибольшей степени, в результате снижены возможности к взаимодействию с внешним миром.

5 группа - дети с искаженным развитием:

- а) психопатией: стойкий дисгармонический склад психики;
- б) с патологией влечений.

Причинами отклонений в развитии могут быть: неблагоприятные условия социальной среды, которые оказывают травмирующее влияние на психическое развитие ребенка, особенности его поведения. педагогически запущенные дети, которые характеризуются отклонениями в нравственном развитии, наличием закрепленных отрицательных форм поведения, недисциплинированностью. Диапазон поступков таких детей, подростков и старших школьников весьма велик: от устойчивых проявлений отдельных отрицательных качеств и черт (упрямства, недисциплинированности, грубости) до наличия явно асоциальных форм поведения типа правонарушений и даже преступлений.

6 группа – дети с нарушениями опорно-двигательной системы (в основном это дети с ДЦП).

При детском церебральном параличе наблюдаются самые разнообразные двигательные нарушения. В максимальной степени поражаются мышечные структуры, в первую очередь выявляются нарушения координации движений. Нарушения двигательной активности формируются вследствие поражения структур мозга. Причем объем и локализация поражений головного мозга определяют характер, форму и тяжесть проявлений мышечных нарушений. Объем и конкретная область поражения мозга у человека с ДЦП определяет формы мышечной патологии, которые могут быть единичными или сочетанными. Основные мышечные нарушения при детском церебральном параличе представлены следующими вариантами: напряжение мышц; спастическое сокращение мышц; разнообразные движения непроизвольного характера; нарушения походки; ограниченная подвижность.

У детей с ДЦП наблюдаются:

- сильное отставание в развитии двигательных функций, так например, поза сидения в норме формируется к 7-9 месяцам. У детей с ДЦП такое положение тела оказывается освоенным примерно к 2-3 годам. Лишь половина дошкольников с ДЦП овладевают ходьбой к 4 годам, остальные дети овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладевают вовсе;
- с трудом формируются навыки самообслуживания. Одной из главных причин, затрудняющих формирование, например, навыка приема пищи является недостаточное развитие зрительно-моторной координации, схемы движения «глаз-рука» и «рука-рот», поэтому ребенок долгое время не может самостоятельно есть. Эти схемы движения необходимо развивать;
- часто страдает произвольность внимания (возникновение и поддержание внимания требует от ребенка волевой активности), его устойчивость и переключаемость. Ребенок с трудом и на короткое время сосредоточивается на предлагаемом объекте или действии, часто отвлекается;

- нарушена пространственная ориентация. Это проявляется в замедленном освоении понятий, обозначающих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое;
- недостаточность зрительно-моторной координации, поэтому ребенок не в состоянии следить глазами за своими движениями, нет единства поля зрения и поля действия, что негативно сказывается на формировании образа восприятия, препятствует развитию предметной деятельности, пространственных представлений, наглядно-действенного мышления, конструирования, а в дальнейшем тормозит усвоение учебных навыков, развитие познавательной деятельности в целом;
- отмечаются особенности развития памяти. У некоторых детей с ДЦП механическая память (элементы запоминаемого материала не связаны между собой) по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее тогда механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Задерживается развитие словесно-логической памяти (элементы запоминаемого материала связаны между собой определенной логической связью);

- мыслительные процессы (анализ синтез, сравнение, классификация, обобщение) характеризуются крайней медлительностью. Это обусловлено отсутствием практики и личного опыта в активном познании окружающего мира и общении. Ребенок познает мир, основываясь лишь на наблюдениях, поэтому в психическом развитии ребенка можно отметить «ножницы», когда ребенок может давать разумные объяснения, связанные с окружающей действительностью, событиями, явлениями, бытом, может описать все этапы выполнения каких-либо действий, но при этом он никогда их не выполнял и выполнить не может;
- дети с трудом улавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира;

- отставание в развитии речи для ДЦП связано с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики (деятельность органов речи: губ, языка мягкого неба, необходимых для произнесения звуков речи) отмечается у детей, у которых значительно повреждены верхние конечности. Обычно доречевой период при ДЦП затягивается на 2-3 года. Как правило, фразовая речь формируется к 4-5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5-7 лет) идет ее интенсивное развитие;
- расстройства эмоционально-волевой сферы у одних детей могут проявляться в виде повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других — наоборот, в виде заторможенности, вялости;
- подавляющее большинство детей с церебральным параличом в возрасте 4—5 лет не могут выполнить даже самых примитивных рисунков. Их графическая деятельность носит характер до изобразительного черкания — каракули.

Существует несколько основных причин возникновения заболевания, их условно разделяют на время возникновения:

- Период внутриутробного развития;
- Травмы, возникшие в момент родов;
- Патологические процессы, развившиеся после родов.

Реабилитация детей с ДЦП во многом зависит от степени развития болезни, в медицинской практике принято деление на три категории:

Стадия раннего развития. Подразумевается появление болезни в возрасте до 5 месяцев, развивается в виде задержки общего развития у ребенка, продолжительное сохранение рефлексов новорожденного, нарушение тонуса мускулатуры, что делает невозможным задействовать в играх одну из ручек;

Резидуальная фаза первичная. Захватывает возрастную группу до 3 лет, дети не начинают говорить, движения тела скованы, присутствует видимая асимметрия, повышенная потоотделение, ребенок может испытывать трудности с проглатыванием пищи;

Резидуальная поздняя фаза. Относится к возрастной группе старшей трехлетнего возраста. У ребенка появляются проблемы с подвижностью, на пораженной стороне происходит укорочение ножки, могут отмечаться поражения слуха, зрения, речи, процесса глотания, энурез, неправильное формирование зубного ряда, судороги.

Лечение и реабилитация детей с ДЦП

Для пациентов, страдающих детским церебральным параличом, большое значение имеет приспособление к жизни в обществе, развитие навыков, обучение приспособления к социальным условиям. Разработанные для реабилитации программы, создаются с учетом разностороннего влияния на ребенка, подразумевающее медикаментозное, психологическое, физиотерапевтическое, социальное и личностное воздействие. Реабилитация для детей с ДЦП подразумевает устранение дефекта двигательной деятельности, наработки навыков общения с окружающими, независимости принятия решений в повседневной жизни. Ребенка обучают, дают ему возможность получить образование, основной целью реабилитации является не только физическая, но и моральная адаптация к реалиям современного общества. Не существует общепризнанного стандарта лечения, для каждого ребенка, в зависимости от степени поражения организма, подбирается индивидуальная программа лечения.

Комплексные подходы в реабилитации:

Специалистам медикам очень важно правильно развить навыки и умения у детей страдающих ДЦП. Для коррекции двигательного расстройства используется стимуляция рефлексов, выпрямления конечностей. Для достижения поставленных целей применяют такие методы воздействия: Лечебная физкультура и массаж; Применение специализированных приспособлений (лечебного костюма «Регент», имитатора подошвенного опорной нагрузки – модель «КОРВИТ»), помогающих избежать проявления нестандартных поз;

Логопед, развитие речи и произношения; Использование медикаментов; Хирургическое лечение для ортопедического восстановления сухожилий; Расширенное физиотерапевтическое воздействие; Контактное плавание с дельфинами, существенно помогает ребенку развить координацию движения, улучшить речь, стимулировать общее развитие.

Для детей, страдающих ДЦП, лечебная физкультура и массаж должны быть регулярными, это поможет растягиваться мышцам, стимулировать приток крови, снимать мышечный спазм и расширять диапазон движений. Начинать реабилитацию следует с 3-х месячного возраста, при первых проявившихся симптомах, это значительно повышает шансы на выздоровление, снижает губительное влияние заболевания на организм. Начатая в раннем возрасте программа реабилитации поможет избежать серьезных неврологических расстройств, адаптироваться в социуме, стать полноценным членом общества.