

Характеристика нарушений детей в помощь родителям

Для того, чтобы сформировать здоровую личность, а также адаптировать ее в социуме – важно вовремя начать коррекционную работу с ребенком, имеющим нарушения в развитии. Понимание структуры данного нарушения, причины его появления, а также благоприятный прогноз – залог успешного коррекционно-развивающего процесса.

Предлагаем ознакомиться с особенностями каждого нарушения и его проявлениями, чтобы выбрать адекватный маршрут развития и воспитания вашего ребенка.

Задержка психического развития

Задержка психического развития - патологическое состояние, обусловленное темповым отставанием развития психических процессов и незрелостью эмоционально-волевой сферы у детей.

У детей, страдающих задержкой психического развития, отмечается легкое нарушение интеллекта, однако, несмотря на это оно затрагивает все интеллектуальные процессы: восприятие, внимание, память, мышление, речь.

У детей отмечается развитие неустойчивого, поверхностного и непродолжительного внимания, в связи с этим любые внешние раздражители могут вызывать его переключение, что очень сильно затрудняет процесс обучения. Любые ситуации связанные с необходимостью концентрации внимания вызывают затруднения.

Память у детей обусловлена мозаичностью запоминания материала, слабой избирательностью, преобладанием наглядно-образной памяти над вербальной и низкой мыслительной активностью при воспроизведении информации.

У таких детей более развито наглядно-действенное мышление, при этом более нарушенным оказывается образное мышление, у ребенка отмечается нарушение восприятия, при этом абстрактно-логическое мышление у них невозможно без помощи взрослого. Такие дети испытывают трудности с анализом и синтезом, сравнением, обобщением и не могут упорядочить события, построить умозаключение, сформулировать выводы. У большинства детей отмечается искажение артикуляции, нарушение слуховой дифференциации, резкое ограничение словарного запаса, затруднение построения связного высказывания.

Диагностика

Задержка психического развития может производиться в результате тщательного обследования ребенка психолого-медико-педагогической комиссией. Для постановки диагноза потребуется изучение анамнеза, анализа условий жизни, а также проведение нейропсихологического тестирования, диагностического обследования речи, изучения медицинской документации ребенка.

Коррекция

Работа с детьми с ЗПР основывается на мультидисциплинарном подходе и активном участии педиатров, детских неврологов, детских психологов, психиатров, логопедов, дефектологов. Коррекция нарушения начинаться с дошкольного возраста и проводиться в течении длительного времени.

При работе с такими детьми особое внимание уделяется формированию познавательных процессов, эмоциональной, сенсорной и моторной сферы с помощью игровой терапии, сказкотерапии, детской арттерапии. Коррекция нарушений речи проводится логопедом в рамках индивидуальных и групповых занятий.

При необходимости детям могут быть назначены ноотропы, а также препараты улучшающие мозговое кровообращение.

Причины ЗПР

Этиологическую основу ЗПР составляют биологические и социально–психологические факторы, приводящие к темповой задержке интеллектуального и эмоционального развития ребенка.

1. Биологические факторы (негрубые органические повреждения ЦНС локального характера и их остаточные явления) вызывают нарушение созревания различных отделов головного мозга, что сопровождается парциальными нарушениями психического развития и деятельности ребенка. Среди причин биологического характера, действующих в перинатальном периоде и вызывающих задержку психического развития, наибольшее значение имеют:

- патология беременности (тяжелые токсикозы, резус-конфликт, гипоксия плода и др.), внутриутробные инфекции, внутричерепные родовые травмы, недоношенность, ядерная желтуха новорожденных, ФАС и т. д., приводящие к так называемой перинатальной энцефалопатии.

- тяжелые соматические заболевания ребенка (гипотрофия, грипп, нейроинфекции, рахит), черепно-мозговые травмы, эпилепсия и эпилептическая энцефалопатия и др., возникающие в постнатальном периоде и раннем детском возрасте.

2. Социальные факторы. Задержка психического развития может возникать под влиянием средовых (социальных) факторов, что однако не исключает наличие первоначальной органической основы нарушения. Чаще всего дети с ЗПР растут в условиях гипоопеки (безнадзорности) или гиперопеки, авторитарного характера воспитания, социальной депривации, дефицита общения со сверстниками и взрослыми.

Задержка психического развития вторичного характера может развиваться при ранних нарушениях слуха и зрения, дефектах речи вследствие выраженного дефицита сенсорной информации и общения.

Расстройство аутистического спектра

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это группа психических заболеваний, характеризующихся искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями. Дебют происходит в младенческом и раннем детском возрасте. Симптомы – невозможность начинать и поддерживать межличностное взаимодействие, ограниченные интересы, повторяющиеся однообразные действия. Диагностика выполняется методом наблюдения и беседы. Лечебные мероприятия включают поведенческую терапию, специальное обучение, медикаментозную коррекцию поведенческих и кататонических расстройств.

В МКБ-10 РАС включают восемь нозологических единиц: пять из них признаются как аутистические всеми специалистами, по поводу других трех, наиболее редких, ведутся дискуссии. В основе классификации лежат особенности этиопатогенетических механизмов и клинической картины. Выделены следующие виды расстройств:

Детский аутизм. Начинается в возрасте до 3-х лет, но может быть диагностирован позже. Среди симптомов выделяется классическая триада: нарушение социальных взаимодействий, стереотипии, регресс речи.

Атипичная форма аутизма. Отличается от предыдущей формы расстройства более поздним дебютом и/или отсутствием всей триады симптомов. Характерен для лиц с глубокой олигофренией, тяжелым нарушением рецептивной речи.

Синдром Ретта. Генетическое заболевание, диагностируемое у девочек. Определяется полная или частичная утрата речи, атаксия, глубокая олигофрения, стереотипные круговые движения руками.

Интерес к общению относительно сохранен, поэтому данное расстройство не всеми исследователями причисляется к РАС.

Дезинтегративное детское расстройство. Развивается после 2-х лет нормального онтогенеза. Поведение схоже с детским аутизмом и детской шизофренией. Наблюдается не менее двух регрессий из четырех: социального навыка, языка, двигательных навыков, контроля кишечника и мочевого пузыря. Вопрос отнесения данной патологии к категории РАС остается открытым.

Гиперкинетическое расстройство с олигофренией. Диагноз подтверждается при глубокой олигофрении с показателем IQ до 35 баллов, гиперактивностью, снижением внимания, стереотипным поведением. Включение данного заболевания в группу РАС подвергается дискуссиям.

Болезнь Аспергера. Речевые и познавательные функции развиты лучше, чем при детском аутизме. Отличительные характеристики – эксцентричность, неуклюжесть, однообразные модели поведения, конкретное мышление, трудности понимания иронии и юмора.

Другие общие онтогенетические расстройства. Заболевания, характеризующихся стереотипиями, качественными отклонениями в социальных взаимодействиях, повторяющимися интересами. Не могут быть однозначно отнесены к какому-либо из перечисленных выше заболеваний из-за стертости или смешанности симптомов.

Расстройство онтогенеза неуточненное. Проявляется широким спектром познавательных и поведенческих отклонений, нарушением социальной активности. Не соответствует критериям других РАС.

Прогностически наиболее благоприятными являются формы РАС, не сопровождающиеся умственной отсталостью и тяжелыми речевыми нарушениями. Пациенты этих групп при интенсивной медико-психолого-педагогической поддержке преодолевают большинство симптомов заболевания, относительно успешно адаптируются в обществе, осваивают профессию и занимаются трудовой деятельностью. В этом плане наибольший процент положительного исхода определяется у больных с синдромом Аспергера. Профилактика аутистических расстройств не разработана, потому что ведущую этиологическую роль играет генетический фактор, а экзогенные причины предположительны. Детям из групп риска рекомендуется проходить скрининг задержек развития в 9 и 18 месяцев, в 2 и 2,5 года.

Умственная отсталость

Умственная отсталость – врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) состояние общего недоразвития психики с выраженной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Умственная отсталость может быть обусловлена различными этиологическими и патогенетическими факторами, действующими во время внутриутробного развития, родов или в первые годы жизни. В большинстве случаев умственная отсталость является не болезненным процессом, а патологическим состоянием, результатом когда-то подействовавшей вредности, и не имеет тенденции к прогрессивности (прогрессированию).

1. Глубокая умственная отсталость (идиотия).

При идиотии значительно ограничены познавательные способности: больные практически не способны понимать обращенную к ним речь, не узнают людей, ухаживающих за ними (например, мать), не отличают съедобного от несъедобного (могут поедать несъедобные предметы), не имеют представлений о пространственных отношениях (например, о высоте: могут падать с большой высоты), редко формируют представления о горячем, остром и пр. (могут получать повреждения, ожоги). Большинство больных не в состоянии освоить даже простейшие навыки самообслуживания (одеться, умыться, пользоваться столовыми приборами и пр.). Речь или совсем не сформирована (такие больные издают лишь нечленораздельные звуки) или состоит из нескольких простейших слов.

Значительно недоразвиты моторные функции больных, в связи с чем многие из них не могут самостоятельно стоять и ходить, передвигаются ползком. Поведение в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью, в других – склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачивание туловищем, взмахи руками, хлопанье в ладоши), а у некоторых больных с периодическими проявлениями агрессии и аутоагрессии (могут внезапно ударить, укусить окружающих, царапать себя, наносят себе удары и т.п.). В большинстве случаев имеют место грубые неврологические нарушения и тяжелые соматические аномалии. Жизнь таких больных, нуждающихся в постоянном уходе и надзоре окружающих, определяется удовлетворением простейших жизненных потребностей.

2. Тяжелая умственная отсталость (тяжелые варианты имбецильности)

Познавательная деятельность ограничена возможностью формировать только простейшие представления, абстрактное мышление, обобщения больным недоступны. Больные овладевают лишь элементарными навыками самообслуживания, их обучение невозможно. Словарный запас ограничен одним-двумя десятками слов, достаточных для сообщения о своих основных потребностях, выражены дефекты артикуляции. Часто присутствуют неврологические расстройства, нарушения походки. Больные нуждаются в постоянном контроле и обслуживании.

3. Умеренная умственная отсталость (варианты имбецильности легкой и средней степени)

Эти больные способны образовывать большее число и более сложные представления, чем больные тяжелой умственной отсталостью. Больные овладевают навыками самообслуживания, могут быть приучены к простейшему труду путем тренировки подражательных действий. Их словарный запас богаче, они в состоянии изъясняться простыми фразами, поддерживать простую беседу. Относительная адаптация больных с умеренной умственной отсталостью возможна лишь в хорошо знакомых им условиях, любое изменение ситуации может поставить их в затруднительное положение из-за невозможности перехода от конкретных, полученных при непосредственном опыте, представлений к обобщениям, позволяющим переносить имеющийся опыт в новые ситуации. Больные не могут жить самостоятельно, нуждаются в постоянном руководстве и контроле. Некоторые из них могут выполнять простейшую работу в специально созданных условиях (например, в лечебно-трудовых мастерских).

4. Легкая степень умственной отсталости (дебильность).

Познавательные расстройства у этих больных заключаются в затруднении формирования сложных понятий и обобщений, невозможности или затруднении абстрактного мышления. Мышление у них преимущественно конкретно-описательное, достаточно развита обиходная речь. Больные легкой степенью умственной отсталости способны к усвоению специальных программ, основанных на конкретно-наглядном обучении, которое проводится в более медленном темпе, а также способностью к овладению несложными трудовыми и профессиональными навыками. Благодаря относительно более высокому, чем при других степенях умственной отсталости, темпу психического развития у больных с дебильностью во многих случаях возможна удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни. Часто эти больные обнаруживают хорошую практическую осведомленность («их умения больше их знания» - Э. Крепелин). Многие больные с легкой умственной отсталостью заканчивают специализированные школы и профессиональные училища, продуктивно работают, заводят семьи, самостоятельно ведут хозяйство. По сравнению с другими степенями олигофрении черты личности и характера больных отличаются большей дифференцированностью и индивидуальностью. Однако эти больные с трудом формируют собственные суждения, но легко перенимают чужие взгляды, иногда попадая под нездоровое влияние окружающих (например, могут вовлекаться в бредовые переживания психически больных с формированием индуцированного бреда, или становиться орудием в руках злоумышленников, манипулирующих ими для получения собственной выгоды).

В большинстве случаев состояния умственной отсталости относительно стабильны («непрогредиентны»). Однако, иногда, под влиянием внутренних и внешних факторов, отмечается их положительная или отрицательная динамика. При своевременном и активном проведении лечебно-коррекционных и воспитательных мероприятий большинство больных, страдающих легкой и умеренной умственной недостаточностью, оказываются способны к труду. В процессе возрастной эволюции и под влиянием лечебных мероприятий отмечается редукция двигательной расторможенности, импульсивности, негативизма, астенических состояний и пр. Отрицательная динамика умственной отсталости возможна при присоединении дополнительных патогенетических механизмов поражения головного мозга (например, отложение амилоида при болезни Дауна), при действии дополнительных внешних вредностей (черепно-мозговые травмы, алкоголизм и пр.), психогениях, неблагоприятном социальном окружении, в периоды возрастных кризов и пр. Декомпенсации при умственной отсталости могут проявляться цереброастеническими и психопатоподобными расстройствами, психозами с помрачением сознания, галлюцинаторно-бредовыми, аффективными психозами и пр.

Задержка речевого развития

Задержка речевого развития (ЗРР) – понятие, отражающее более медленные темпы освоения норм родного языка детьми на этапе раннего и среднего речевого онтогенеза. Логопедическое заключение «задержка речевого развития» правомерно в отношении детей младше 3-4-х лет. Темповое отставание касается формирования всех компонентов речи: звуков раннего онтогенеза, словаря и грамматики, фразовой и связной речи. Задержка речевого развития встречается у 3–10% детей; у мальчиков в 4 раза чаще, чем у девочек.

Задержка речевого развития негативно отражается на развитии психических процессов, поэтому ЗРР и ЗПР часто наблюдается у детей параллельно и обозначается в литературе как задержка психоречевого развития (ЗПРР). Задержка речевого развития является медико-педагогической проблемой, затрагивающей аспекты педиатрии, детской неврологии, логопедии и детской психологии.

Признаками задержки речевого развития на разных стадиях речевого онтогенеза могут являться:

- аномальное протекание доречевого периода (малая активность гуления и лепета, беззвучность, однотипные вокализации)
- отсутствие реакции на звук, речь у ребенка в возрасте 1 года;
- неактивные попытки повторения чужих слов (эхолалии) у ребенка в возрасте 1,5 лет;
- невозможность в 1,5-2 года на слух выполнить простое задание (действие, показ и т. д.);
- отсутствие самостоятельных слов в возрасте 2-х лет;
- неспособность соединения слов в простые фразы в возрасте 2,5-3-х лет;
- полное отсутствие собственной речи в 3 года (ребенок употребляет в речи только заученные фразы из книжек, мультфильмов и пр.);
- преимущественное использование ребенком неречевых средств коммуникации (мимики, жестов) и др.

Ребенок с задержкой речевого развития должен быть проконсультирован группой специалистов, включающей педиатра, детского невролога, детского отоларинголога, детского психиатра, логопеда, детского психолога. Задачей педиатра на этапе обследования служит оценка соматического статуса, предварительное определение возможных причин задержки речевого развития и направление ребенка к специалисту соответствующего профиля.