

# ДЕФИЦИТАРНОЕ РАЗВИТИЕ

## ПЛАН:

1. Нарушения развития в связи с недостаточностью зрения и слуха. Систематика. Этиология. Структура дефекта. Специфика компенсаторных процессов.
2. Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Этиология. Формы ДЦП Структура дефекта.
3. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии.

# Варианты психического дизонтогенеза (по В.В.Лебединскому)

	Аномалия	Чем вызвана	Тип. модель
1.	<b>Недоразвитие</b>	<b>Отставание в развитии</b>	<b>Олигофрения</b>
2.	Задержанное развитие		Задержка психического развития
3.	<b>Поврежденное развитие</b>	Поломка в развитии	<b>Деменция</b>
4.	Дефицитарное развитие		ДЦП
5.	Искаженное развитие	Асинхрония в развитии	РДА
6.	Дисгармоническое развитие		Психопатия

В Республике Беларусь по данным на 15.09.2010г. дети с нарушениями зрения составили 2,51%; дети с нарушением слуха - 1,57%; дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – 2,13%; дети с нарушениями речи – 87,92% от всех детей с ОПФР.

По нарушению восприятия громкости *лиц с нарушением слуха* подразделяют на: глухих (ранооглохших, до появления навыков речи, и позднооглохших) и слабослышащих (с относительно сохранной речью и с тяжелым недоразвитием речи). Среди глухих различают лиц с остаточным слухом на сильные звуки и низкие частоты (не более 2000 Гц): с 70 дБ (тугоухость третьей степени), с 80 дБ (тугоухость четвертой степени); среди слабослышащих (с 50 дБ — тугоухость второй степени; с 2 дБ - тугоухость первой степени). Частотный диапазон 1000—4000 Гц.[1]. В школьном образовании выделяют две группы детей с нарушением слуха (педагогическая классификация): с относительно сохранной речью и с глубоким недоразвитием речи.

*Лица с нарушениями зрения* подразделяют на слепых и слабовидящих. Слепоту дифференцируют как абсолютную (неспособность отличать свет от тьмы, визус 0); бытовую (неспособность ориентации в ближнем пространстве жизнедеятельности для удовлетворения потребностей вне знакомой обстановки дома без посторонней помощи); профессиональную (недостаточность зрения для той или иной профессиональной деятельности). По времени наступления слепоты различают слепорожденных (в том числе рано ослепших — до 3 лет, когда еще не сохраняются в памяти зрительные образы) и ослепших (утрата зрения после 3 лет).

*Этиология* дефектов слуха и зрения может быть связана как с экзогенными, так и эндогенными факторами. В происхождении экзогенных форм нарушения слуха у детей большую роль играют инфекционные заболевания во время беременности, особенно в первые месяцы: краснуха, корь, грипп; а также врожденные сифилис, токсоплазмоз и др. Среди постнатальных инфекций, способствующих поражению слуха, определенная роль отводится кори, скарлатине, эпидемическому паротиту. Большое значение имеют менингиты и менингоэнцефалиты. Одной из важнейших причин нарушения слуха (чаще тугоухости) у детей считаются отиты.

В последние годы ведущая роль придается генетическим факторам, большей частью связанным с наследственной патологией. Более 50% случаев глухоты и тугоухости считаются наследственно обусловленными. Показано, что в возникновении глухоты даже после перенесенной инфекции большое место принадлежит наследственному предрасположению (А. Г. Московкина, 1982). Особенно актуальна эта закономерность при глухоте, связываемой с медикаментозным лечением. Генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении ряда антибиотиков.

В этиологии нарушений зрения имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т. д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга. Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%.

Характер и степень вторичных отклонений развития в значительной мере зависят от времени возникновения дефекта слуха и зрения.

Психическое развитие глухих и слепых детей различно в зависимости от того, является ли их глухота врожденной, потеряли ли они слух или зрение на ранних этапах онтогенеза или нарушение произошло в более позднем возрасте. Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немоте) либо ее грубому недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обуславливает нарушения развития, связанные с задержкой формирования прямостояния, недоразвитие пространственной ориентировки. При нарушении же слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше. Успевают сформироваться фразовая речь; нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована; имеются лишь некоторые недостатки произношения: смазанность артикуляции, оглушение звонких согласных и т. д.



Сходные закономерности связаны со временем поражения зрения. При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после 2 лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование схемы тела .

Нарушение зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений, наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы и рук. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

# Структура дефекта при нарушениях зрения

Первичный дефект	Отсутствие или значительная недостаточность образов зрительного восприятия
Вторичный дефект	Недоразвитие психомоторики, нарушение пространственной ориентации
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

# Структура дефекта при нарушении слуха

Первичный дефект	Отсутствие или значительная недостаточность образов слухового восприятия
Вторичный дефект	Нарушения речи
Третичный дефект	Специфика мышления, специфика развития личности, дезадаптация

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям: детский церебральный паралич (ДЦП); последствия полиомиелита в восстановительной или резидуальной стадии; миопатия; врожденные и приобретенные недоразвития и деформации опорно-двигательного аппарата. Наиболее распространенное двигательное нарушение – детский церебральный паралич (до 89 %). Поэтому мы будем рассматривать нарушения функций опорно-двигательного аппарата на примере ДЦП.

## Этиология

- нарушение эмбрионального развития вследствие патологических состояний матери и плода, вызванных различными инфекциями, интоксикациями, травмами, соматическими заболеваниями;
- недоношенность, т.к. недоношенные дети особенно предрасположены к внутричерепным кровоизлияниям;
- асфиксия плода и связанное с ней кислородное голодание, к которому особенно чувствительны клетки головного мозга. Чем раньше возникает внутриутробная гипоксия, тем сильнее выражено ее воздействие на нервную систему. Асфиксия наиболее тяжело сказывается на состоянии пирамидных клеток коры, имеющих непосредственное отношение к развитию пирамидных двигательных путей;
- несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности.

Однако даже после благополучного внутриутробного развития в раннем постнатальном периоде плод может быть подвержен травме, асфиксии, гемолитической болезни, инфекции (менингоэнцефалит, нейроинфекция) и др. неблагоприятным факторам, приводящим к поражению мозга и, как следствие, к ДЦП.

Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Из каждых 100 случаев ДЦП 30 возникает внутриутробно, 60 в момент родов, 10 – после рождения.

Вопрос этиологии ДЦП до настоящего времени остается дискуссионным.

## *Формы ДЦП (по К. А. Семеновой)*

Автором выделяется пять основных форм ДЦП:

- спастическая диплегия,
- гемипаретическая форма ДЦП,
- гиперкинетическая форма ДЦП,
- двойная гемиплегия,
- атонически-астатическая форма.

## Структура дефекта при ДЦП

Первичный дефект	Отсутствие или значительная недостаточность моторных образов
Вторичный дефект	Нарушения восприятия (прежде всего зрительного и тактильного), нарушения речи, нарушения пространственного гнозиса и праксиса
Третичный дефект	Специфика развития личности и эмоционально-волевой сферы, дезадаптация



## *Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при дефицитарном развитии*

- Основной механизм нарушения внимания – ослабление интереса к окружающему миру, угасание ориентировочно-исследовательского рефлекса вследствие потери одного из каналов психической информации. Недостаток произвольного внимания затрудняет процесс обучения, сокращает зону ближайшего развития ребенка.
- Сенсорно-перцептивная сфера развивается крайне своеобразно. Основной механизм нарушения восприятия – нарушение образов отражения: искажение реальных параметров в первичных зонах поврежденных анализаторов ощущений; несформированная модальность (звуковая, зрительная, двигательная) психических образов; отсутствие целостности психических образов (их фрагментарность) вследствие неполноты взаимодействия всех анализаторов.

- В психомоторной сфере наблюдается явное недоразвитие: недостаточность вестибулярного аппарата приводит к с задержке формирования прямостояния, недоразвитию пространственной ориентировки при нарушении слуха; затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности, что в свою очередь приводит к грубому недоразвитию пространственной ориентации, недоразвитию походки, тормозит формирование схемы тела при нарушениях зрения; затруднение формирования всех локомоторных функций, трудности передвижения приводят к нарушению пространственной ориентации, пространственного праксиса и гнозиса, нарушениям формирования всех видов предметной деятельности при ДЦП.

- Основной механизм нарушения памяти – предшествующие запечатлению и сохранению информации нарушения внимания, неполнота и искажение психических образов восприятия.

•Основной механизм нарушения мышления - недостатки внимания, неполная и искаженная информация восприятия и памяти, т.е. существенные пробелы и ошибки первичной информации, с которой в дальнейшем предстоит работать мышлению. В этой связи страдает в первую очередь наиболее онтогенетически ранний вид наглядно-действенного мышления. В результате появляется целостная картина отставания психического развития в познавательной сфере. В результате компенсации первичного дефекта того или иного анализатора (зрительного, слухового, двигательного) развитием речи, вербальным мышлением часто отмечается *формализм* мышления, т.е. неподкрепление словесного обозначения предмета и явления сенсомоторным образом, неподкрепление теории практикой, идеального Я (хочу) реальным Я (могу).

• Типичны задержка и нарушения речевого развития. От полного отсутствия речи, до негрубых отклонений (смазанность артикуляции, слабая модулированность голоса, смешение глухих и звонких звуков, твердых и мягких, бедность словарного запаса, аграмматизмы и т.д.) при нарушении слуха; недостаточность словесного опосредования, адекватного словесного отчета при нарушениях зрения, слуха, ДЦП; нарушения развития речи, обусловленные дефектностью моторного компонента – дизартрии, реже алалии при ДЦП.

• Эмоционально-волевая сфера. Специфическое нарушение эмоциональной сферы связано с ограничением или невозможностью видеть взгляд, жест, мимику (при нарушениях зрения); слышать интонацию, правильно воспринимать их и воспроизводить (при нарушении слуха); умения произвольно управлять своим состоянием (при ДЦП). Недостаток адекватного отражения мира реалистичным, объективным, рациональным способом компенсируется субъективным, эмоциональным, иррациональным способом психического отражения. В структуре личности происходит существенный сдвиг аффективно-когнитивной пропорции психического отражения в сторону аффекта. Для детей характерен пониженный фон настроения, тенденция к аутизации, ипохондричность, гиперкомпенсаторный уход в мир фантазий.

• Личность, которая формируется в результате дефицитарного развития, часто приобретает тип так называемой нарциссической личности, для которой характерны: инфантильность, эгоцентризм; завышенная самооценка идеального «Я», неадекватно претенциозные запросы по сравнению с неразвитым реальным «Я» (умениями, способностью реализовать претензии на исключительность); чрезмерная аффективность, замещающая недостатки интеллекта; мощная психологическая защита, компенсирующая слабо развитое реальное Я.

• Межличностные отношения являются большой проблемой, поскольку значительная зависимость от зрячих, слышащих, двигающихся, а значит, более компетентных в окружающем мире, создает специфические трудности формирования мотивации общения, предполагающей диалог, где происходит восприятие и осмысление эмоциональных составляющих другого человека. Особенно сложно вступать в общение незрячим и детям с ДЦП.

- Деятельность – трудности формирования всех видов деятельности вследствие запаздывания дифференциации движений, проблем с пространственной ориентировкой, бедностью практического опыта, слабостью ориентировочного этапа, разрывом между речью и действием (у слепых и детей с ДЦП максимально бедный моторный компонент игры сосуществует с более сложной вербальной продукцией; у глухих более развернутые игровые действия не оречевляются). В целом – мотивационно-целевой компонент у детей с сенсорной и моторной депривацией оказывается более сохранным, чем операционально-технический.

*Особенности социализации и социальной адаптации при дефицитарном развитии*

Трудности построения социального взаимодействия приводят к повышенной тревожности в установлении социальных контактов, к возникновению социальных страхов.