

Тема 8.2. Технологии работы с людьми с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА)

1. Социально-психологические особенности людей с нарушением двигательной сферы.
2. Особенности взаимодействия с людьми с нарушением опорно-двигательного аппарата.
3. Проблемы межличностного общения и социального поведения людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
4. Доступная среда для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Социально-психологические особенности людей с нарушением двигательной сферы.

Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, а именно задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют различную степень выраженности: - при тяжелой степени люди не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью.

Навыки самообслуживания у них не сформированы; - при средней степени двигательных нарушений люди овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции (наиболее многочисленная группа); - при легкой степени двигательных нарушений люди ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

В связи с тем, что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич (ДЦП), 89% детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата - это дети с ДЦП. За последние годы данное заболевание стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (частота его проявлений в РФ достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных).

Поэтому целесообразно остановиться на психолого-педагогической характеристике людей, страдающих церебральным параличом.

Общие нарушения, которые составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП:

- нарушение мышечного тонуса по типу повышения (спастичность, мышечная гипертония) или понижения (гипотония), а также меняющийся тонус или смешанная форма с различными сочетаниями нарушений (дистония).

- наличие параличей и парезов (полное отсутствие или ограничение объема произвольных движений). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений.

А это в своё время затрудняет формирование ходьбы, навыков самообслуживания, учебной и других видов деятельности.

В зависимости от локализации нарушения выделяют 4 вида *церебрального паралича*:

- тетраплегия (поражение всех четырех конечностей);
- диплегия (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); гемиплегия (поражение либо правой, либо левой половины тела);
- моноплегия (поражение одной конечности).
- нарушения равновесия и координации движений (атаксия).

Наблюдается неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях человек не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате человек испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие люди затрудняются бросить мяч в цель, поймать его. Наблюдается несоразмерность движений (прежде всего рук). Человек не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место. Нарушение ощущения движений (кинестезии).

При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, и человеку сложно определить положение собственного тела в пространстве, нарушается координация движений и пр.

У многих людей искажено восприятие направления движения. Например, движение ноги вперед ощущается как движение в сторону.

Для людей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью поражения ЦНС. Дефицитарность

моторной сферы приводит к двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушениям эмоционально-волевой сферы. Считается, что примерно 20-25 % детей с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие их идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии.

Важно отметить, что все психические процессы при данном заболевании имеют ряд общих особенностей - таких, как:

- нарушение активного произвольного внимания, которое отрицательно сказывается на функционировании всей познавательной системы человека с ДЦП;
- выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов.

Выделим специфические особенности развития познавательной сферы людей с церебральным параличом:

- нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Человек застревает на отдельных элементах.
- трудности формирования произвольного внимания.
- нарушения пространственного восприятия, у людей с ДЦП есть трудности в пространственно-временной ориентировке.
- нарушения в формировании образной памяти (включающей в себя зрительную, слуховую, осязательную память) большей частью являются следствием нарушений восприятия. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении. Более полно люди с церебральным параличом запоминают яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей.

У студентов с ДЦП имеется ряд особенностей формирования мышления. Наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием; так как человек с ДЦП лишен возможности двигаться либо такая возможность ограничена, он познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и рассказах окружающих. Поэтому очень часто у детей с ДЦП имеет место вербализация.

По эмоционально-волевым проявлениям людей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы.

В одном случае с **пониженной возбудимостью**, в другом - **чрезмерной чувствительностью** ко всем внешним раздражителям.

Обычно они беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Они эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, человек не может остановиться.

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для человека обстановке и при утомлении.

Нарушения поведения отмечаются не у всех людей с церебральным параличом. У более многочисленной группы людей процесс торможения превалирует над процессом возбуждения. Такие люди отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением.

В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюнотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание и реакция на физический дефект.

У людей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; преподаватель должен приближаться к студенту со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать людей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время. При нарушении моторики рук,

необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ.

2. Особенности взаимодействия с людьми с нарушением опорно-двигательного аппарата.

ПРАВИЛА ЭТИКЕТА ПРИ ОБЩЕНИИ С ИНВАЛИДАМИ, ИСПЫТЫВАЮЩИМИ ТРУДНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ

- **Помните, что инвалидная коляска** — неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайтесь на нее, не толкайте, не кладите на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без согласия инвалида — то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.
- **Всегда спрашивайте**, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее. Предлагайте помощь, если нужно открыть тяжелую дверь или пройти по ковру с длинным ворсом.
- Если ваше предложение о помощи принято, спросите, что нужно делать, и четко следуйте инструкциям.
- **Если вам разрешили передвигать коляску**, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.
- **Всегда лично убеждайтесь в доступности мест**, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйтесь, какие могут возникнуть проблемы или барьеры и как их можно устранить.
- **Не надо хлопать человека**, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.
- **Если возможно, расположитесь так**, чтобы ваши лица были на одном уровне. Избегайте положения, при котором вашему собеседнику нужно запрокидывать голову.
- **Если существуют архитектурные барьеры**, предупредите о них, чтобы человек имел возможность принимать решения заранее.
- **Помните, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении**, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.
- **Не думайте, что необходимость пользоваться инвалидной коляской** — это трагедия. Это способ свободного (если нет архитектурных барьеров) передвижения. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости

ПРАВИЛА ЭТИКЕТА ПРИ ОБЩЕНИИ С ИНВАЛИДАМИ, ИМЕЮЩИМИ ГИПЕРКИНЕЗЫ (НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ТЕЛА ИЛИ КОНЕЧНОСТЕЙ)

- Если вы видите человека с гиперкинезами, не следует явно обращать свое внимание на его движения. При разговоре **не отвлекайтесь на произвольные движения** Вашего собеседника, потому что невольно можете пропустить что-то важное.
- Предлагайте помощь ненавязчиво, не привлекая всеобщего внимания.
- Перед тем, как сесть за стол с человеком, который не может управлять своими руками, поинтересуйтесь, что ему понадобится для удобства.
- Не бойтесь противоречить человеку с гиперкинезами, боясь его разволновать. Позиция «только не волнуйся», «ладно» приведет к потере времени и нервов. Спокойно излагайте свои аргументы, даже если видите, что Ваш собеседник нервничает.

3. Проблемы межличностного общения и социального поведения людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

По эмоционально-волевым проявлениям людей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы.

В одном случае с **пониженной возбудимостью**, в другом - **чрезмерной чувствительностью** ко всем внешним раздражителям.

Обычно они беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Они эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, человек не может остановиться.

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для человека обстановке и при утомлении.

Нарушения поведения отмечаются не у всех людей с церебральным параличом. У более многочисленной группы людей процесс торможения

превалирует над процессом возбуждения. Такие люди отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением.

В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюноотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание и реакция на физический дефект.

У людей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; преподаватель должен приближаться к студенту со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать людей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время. При нарушении моторики рук, необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ.

Доступная среда для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

См. методические рекомендации по обеспечению доступности зданий с 20-21.

Психологические особенности детей с ОВЗ

«Дефект, вызывая выпадение отдельных функций, нарушает нормальное течение процесса вставания ребенка в культуру... создает трудности, задержку не только в плане биологического, но и в сфере культурного развития и поведения человека. Дефект нужно компенсировать социально, найти обходные пути развития и добиться замещения одних природных функций другими – вот **а** и **о** воспитания аномального ребенка. И только это сможет вырвать его из состояния инвалидности и открыть перед ним настоящую жизнь».

Л. С. Выготский

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

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

Л. С. 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);
- 5) дети с задержкой психического развития (ЗПР);
- 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 и т.д.

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 отмечают 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 сохраненный 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

IQ	Международная система	Российская система
71 и выше	Норма	Норма
50-70	Незначительная умственная отсталость, затруднения в учении (F70)	Дебильность
35- 49	Умеренная умственная отсталость, трудности в обучении (F71)	Имбецильность
25-34	Тяжелая умственная отсталость, значительные трудности в обучении (F72)	Идиотия
20 и ниже	Глубокая умственная отсталость (F73)	

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. В соответствии с МКБ-10 умственную отсталость подразделяют на 4 степени.

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 развития (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, устанавливая 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.

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.

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.

Особенности нарушения познавательной деятельности при ДЦП

1. Неравномерный характер нарушений отдельных психических функций.

2. Выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением ЦНС.

3. Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений.

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.