Выступление на родительском собраниив рамках социально-педагогического образовательного проекта «Профессиональная школа родителей»

«**Когда начинается развитие ребенка?»**

Развитие ребенка начинается с момента слияния мужской и женской половых клеток, с момента зачатия. Запускается генетическая програм­ма, и клетки начинают делиться, увеличивая в размерах человеческий зародыш. Так продолжается 6 недель, после которых происходит фор­мирование нервной ткани, в будущем нервной системы всего организ­ма. В 8 недель на нервной трубке образуются пузыри, из которых в даль­нейшем разовьется головной мозг маленького человечка. Возникающие в этот период и еще в течение следующих 4 недель угрозы для развития плода оказывают максимальный вред на здоровье будущего человечка. Почему? Именно в этот период - до 12 недель внутриутробного раз­вития зародыша - происходит закладка и дифференцирование всех отделов нервной системы человека, а различные негативные влияния затормозят или изменят процесс. Последствиями таких влияний стано­вятся кисты, дисплазии или недоразвитие больших полушарий головно­го мозга, пороки развития внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, зрительной, слуховой, тактильно-вестибулярной систем. Как правило, если последствия для плода велики, то после или во время действия негативного фактора начинается отторжение плода. Врачи стараются спасти биологическую жизнь будущему ребенку, но не психи­ческую, т. к. такая задача перед ними не стоит. Поэтому будущим мамам и папам стоит помнить, что здоровая личность в биологическом, психи­ческом и социальном планах развивается только в здоровом организма.

С момента рождения биологическое развитие начинает тесно взаи­модействовать с психическим и социальным. В полной мере запускается зрение, слух, тактильные и вестибулярные ощущения, которые со­ставляют основу полноценного психического развития ребенка. Если с первых дней не стимулировать все воспринимающие системы малыша, то в течение нескольких месяцев они утрачивают чувствительность иразвитие ребенка начинает затормаживаться.

**Что мешает развитию ребенка?**

-неблагоприятная экологическая обстановка (несбалансированное питание и генно-модифицированные продукты, несоответствие воды и воздуха санитарным нормам и др.)

-неблагоприятны микроклимат в семье (финансовая нестабильность. неудовлетворённость семейной ролью и др.)

-отклонения в соматическом и психическом здоровье матери и отца (заболевания почек, печени, сердца и др. психическая и эмоциональная неустойчивость; употребление алкоголя и наркотиков; табакокурение; неконтролируемый прием лекарственных препаратов; длительная работа за компьютером и др.

**Что такое перинатальная энцефалопатия?**

Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) является неврологической проблемой развития ребенка. Невропатологи ПЭП ставят практически каждому ребенку и назначают медикаментозное лечение. Часто, про­читав инструкцию по медицинскому применению назначенного препа­рата, у родителей возникает сомнение в его необходимости, особенно если в инструкции о детях раннего возраста не упоминается. Рассмо­трим подробнее механизмы развития ПЭП и ее последствия.

 Энцефалопатия - повреждение го­ловного мозга. Головка ребенка намного больше родового пути мамы, поэтому пластичные косточки черепа малыша сначала вытягиваются, принимая форму родовых путей, а после рождения снова принимают свой первоначальный вид. Если роды были быстрые (менее 4 часов) или затяжные (более 12 часов), то косточки черепа в первом случае, не успевая принять нужную форму, травмируют мозговую ткань ребенка, а во втором случае, когда ребенок длительно находится в родовых путям, длительно сдавливают мозг и тоже его травмируют. В обоих случаях мелкие кровеносные сосудики, питающие мозг ребенка, под действием сдавления могут лопнуть. Кровь, вытекая в мозговую ткань, свертывает­ся, повреждая нервные клетки (как при инсульте у взрослых людей).

Причиной ПЭП является **кислородное голодание (гипоксия) пло­да,** что может происходить в течение всей беременности или в какой-то промежуток, например во время болезни беременной женщины.

Известно, что ребенок питается через плаценту. Плацента представ­ляет собой «лепешку», сквозь которую проходят многочисленные крове­носные сосуды, приносящие кислород и питательные вещества к плоду и забирающие продукты его жизнедеятельности.

Многим женщинам известно такое осложнение беременности, как *отслойка плаценты,* когда какая-то ее часть утрачивает прочное сцепле­ние с околоплодным пузырем. Это означает, что большая или меньшая часть кровеносных сосудов перестала выполнять свою транспортную функцию в поддержании жизнеспособности плода.

Плацентарная недостаточность протекает: с нарушением всасыва­ния и усвоения питательных веществ через плаценту, дефицитом транс­порта кислорода и углекислоты, что проявляется синдромом задержки развития плода, внутриутробной гипотрофией, незрелостью легких и сердца. Установлено, что снижение маточно-плацентарного кровото­ка служит объективным показателем гипоксического поражения мозга ( гипоксической энцефалопатии).

Гипоксия плода может быть причиной *преждевременного «старе­ния» плаценты* - кровеносные сосуды постепенно утрачивают эла­стичность, закупориваются продуктами жизнедеятельности обоих ор­ганизмов (различными солевыми соединениями).

*К хронической кислородной недостаточности плода* могут приводить таких два часто встречающихся фактора в жизни беременной женщины, как табакокурение и употребление в пище глутамата натрия (усилитель вкуса, который содержится в блюдах фастфуда, чипсах, кепчупе, при­правах, колбасах и многих других продуктах повседневного питания). Известно, что опасно не только само курение, но и пассивное курение. Никотин, поступающий в кровь, уменьшает способность красных кровя­ных телец транспортировать кислород, приводит к спазмам кровенос­ных сосудов у матери и плода. Смолы, содержащиеся в больших количе­ствах во всех сигаретах, блокируют на время передачу нервных импуль­сов и искажают поступающую информацию к плоду, вызывая наруше­ния в ритме дыхания плода. *Глутамат натрия* как химическое вещество действует возбуждающе на центры насыщения и голода центральной нервной системы мамы, требуя еще добавки еды, что приводит, с одной стороны, к избытку массы тела и повышению артериального давления у мамы, а с другой - к перевозбуждению нервной системы плода с по­следующим нарушением функций приема пищи у новорожденного. По­вышенное артериальное давление сопровождается нарушением тонуса кровеносных сосудов, которые наполняются чрезмерно сильно или не­равномерно, что передается плоду. Кровеносные сосуды будущего че­ловечка и плаценты эластичны, но не настолько, чтобы выдержать удары кровеносной системы матери. Часть сосудов повреждается, что приво­дит к недостаточной обеспеченности плода кислородом.

Клинические признаки жизнеспособности ребенка фиксируются по ШкалеАпгар (см. табл.)

**Психолого-педагогическая характеристика детей раннего возраста**

 **«гpyппы риска»**

Из медицинской (акушерской, неврологической, педиатрической) практики и наблюдений неонатологов - врачей-педиатров, специали­зирующихся на наблюдении и-лечении новорожденных детей, - извест­но, что поврежденность нервной системы ребенка видна сразу после рождения, о чем свидетельствует шкала Апгар(6-7 баллов и менее). Однако в практике младенцы· даже с врожденной патологией (вернее, с предпосылками к нарушению) психической сферы (психопатия, шизо­френия, аутизм, умственная отсталость различного генеза) часто полу­чают 8 и более баллов. В этом случае наблюдение за поведенческими реакциями младенца (реакции на свет, звук, лицо матери, незнакомых людей), развитием двигательной сферы (характер движения руками, ногами, перевороты, начало ползания, сидения, вставания, первые шаги, особенности функций равновесия и координации) и речевым раз­витием (характер крика, кряхтения, появление «комплекса оживления», гуления, лепета, первых слов) позволяет в возрасте до 1 года опреде­лить тенденцию или выраженность нарушений раннего психомотор­ного развития ребенка и оказать соответствующую помощь ребенку и семье.

К «группе риска» по возникновению нарушений психическо­го, личностного и речевого развития (за исключением врожденной и определенной у новорожденного патологии слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, костно-мышечной и челюстно-лицевой си­стем) относят детей раннего возраста (от 1 до 3 лет) с темповыми за­держками психомоторного развития; задержками речевого развития, минимальной мозговой дисфункцией (ММд), выраженными наруше­ниями поведения. Каждому перечисленному состоянию в возрасте до 1 года предшествовал ряд отклонений в развитии ребенка, на кото­рые либо не обратили внимания родители и врачи, либо не была оказана своевременная медико-психолого-педагогическая помощь.

Рассмотрим особенности развития ребенка до 1,5 лет, указывающие на будущие трудности становления двигательной, речевой или познава­тельной сфер ребенка.

**Двигательное развитие:**

* чрезмерно вялый (при взятии на руки тело расслаблено, руки и ноги висят, голова запрокидывается) или сжатый (руки и ноги согнуты, для разгибания нужно приложить достаточное усилие) младенец;
* наблюдаются трудности глотания, сосания (возможно в сочета­нии с затрудненным дыханием), позднее жевания;
* тонус мышц рук и ног не нормализуется к 5 месяцам;
* ребенок ложится преимущественно на одну сторону или перево­рачивается преимущественно через один бок;
* имеется устойчивый наклон головы в одну сторону (кривошея);
* ребенок длительное время не держит самостоятельно голову (после 1,5 месяцев);
* к 1 месяцу не двигает хаотично руками, позднее ногами;
* к 3-4 месяцам не угасают врожденные рефлексы новорожден­ного;
* не захватывает рукой колечко, погремушку к 3 месяцам, позднее захват слабый (при попытке поднять ребенка он отпускает колеч­ко);
* к 5 месяцам не переворачивается со спины на живот, а привыкла­дывании ребенка на спину руки и ноги притягиваются к туловищу или разбросаны в стороны;
* не сидит самостоятельно к 6-7 месяцам (посаженный, завали­вается на бок, вперед или назад и не стремится изменить поло­жение тела);
* в 8 месяцев не стоит кратковременно при поддержке за руку;
* к 9 месяцам не умеет ползать;
* при ползании работает (сгибает, разгибает, отталкивается) преимущественно одной ногой;
* в 11 месяцев не стоит и передвигается, держась за опору;
* в 12 месяцев не пытается сделать первые шаги;
* в 1 год 1 месяц не стоит сам хотя бы 1 О секунд;
* в 1 год 6 месяцев не ходит самостоятельно и свободно.

**Речевое развитие:**

* крик не модулированный;
* ребенок до 1 О месяцев большую часть бодрствования молчит

и не сопровождает звуками действия руками и ногами;

* к 3 месяцам не улыбается при виде взрослого и не гулит;
* к 8 месяцам не появляется лепет;
* ограниченно понимает обращенную речь: к 1 году не реагирует на свое имя постоянно, не выполняет простые инструкции типа «дай», «где»;
* к 1 году не подражает действиям артикуляционных органов взрослого (не пытается вытягивать губы трубочкой, не показыва­ет язык, не цокает языком);
* длительно сохраняются гортанные звуки - более 6 месяцев, речевых звуков нет.

**Познавательное(когнитивное)развитие:**

* к 1,5 месяцам не следит глазами за движущимся предметом, не

фиксирует взгляда на лице матери;

* к 3 месяцам не тянет руку к игрушке;
* к 5 месяцам не узнает себя и маму в зеркале;
* к 6 месяцам не выделяет новую игрушку среди знакомых;
* к 9 месяцам не отыскивает взглядом знакомый предмет на вопрос «Где?»;
* к 11 месяцам не выполняет простые инструкции («дай», «принеси»),

Ранний возраст является тем периодом, когда пластичность нервной системы позволяет достичь максимальных результатов в компенсации повреждений или недоразвитий в различных системах организма. Од­нако на практике среди родителей широко распространено мнение, что ребенок с ранним отставанием в развитии «догонит сверстников» са­мостоятельно, без медикаментозной помощи и специально созданных условий. К сожалению, это не так. В основе раннего отставания ребенка в развитии двигательной, речевой и когнитивной сфер лежит незрелость или поврежденность центральной нервной системы и возникающая как следствие слабость нервных следов, не позволяющая ребенку активно усваивать информа­цию из внешней среды и следовать внутренним позывам. Отсутствие ранней медикаментозной помощи (метаболиты, антиоксиданты, амино­кислоты, витамины) приводит к возникновению минимальной мозговой дисфункции как последствию ПЭП, выражающейся в незначительных по размерам, но серьезным по последствиям нарушениях развития нерв­ных клеток головного мозга. Проявлениями минимальной мозговой дисфункции в раннем возрасте являются: нарушения поведения (ребе­нок возбудимый, плохо засыпает, сон поверхностный, в более позднем возрасте развивается синдром дефицита внимания с гиперактивно­стью ), нарушения ритма сна-бодрствования (ранний отказ от дневно­го сна), ограниченность понимания обращенной речи и, как следствие, замедление накопления знаний об окружающем мире и задержка фор­мирования собственной речи. Поэтому создание развивающей среды с первых дней жизни ребенку с признаками поврежденности централь­ной нервной системы является необходимым условием его эффектив­ной реабилитации.

Иногда поражения нейронов коры головного мозга локализуются в левой височной доле (центр Вернике) или нижне-лобной извилине левого полушария (центр Брака). В этих случаях даже минимальная по­врежденность коркового слоя приводит к резкой ограниченности пони­маемой речи (сенсорная алалия) или выраженным трудностям произ­несения речевых эвуков.гмотоонав алалия). Как правило, у детей с та­кими повреждениями собственная речь без соответствующей медико­психолого-педагогической помощи не развивается, и они составляют основной контингент детей с задержкой речевого развития (ЗРР) в ран­нем возрасте. Следует отметить, что без помощи со стороны медиков, педагогов, психологов и - в первую очередь - родителей задержка ре­чевого развития к 5 годам трансформируется в задержку психического развития (ЗПР), т. к. отсутствие речевого общения тормозит накопление сведений об окружающем мире, не позволяет развиваться логическому мышлению детей.

«Группы риска» по возникновению расстройств высшей нервной деятельности составляют дети раннего возраста (от 1 года до 3 лет) с признаками поврежденности или незрелости центральной нервной системы. Наблюдение за развитием двигательной, речевой и познавательной (когнитивной) сфер младенца позволяет уже на первом году жизни определить тенденции к нарушенному развитию и оказать свое­временную медико-психолого-педагогическую помощь, без которой предпосылки к нарушению высших психических функций трансформи­руются в выраженные расстройства, достаточно трудно поддающиеся коррекции.

**Какие варианты отставания ребенка в развитии могут 6ыть?**

**Задержка речевого развития** - это отставание в речевом раз­витии ребенка от принятых норм. Речевое развитие предполагает по­нимание обращенной речи и развитие собственной речевой комму­никации ребенка. В большинстве случаев страдает развитие активной речи при достаточном понимании речи взрослого. Это так называемые «безречевые» дети, которые ничего не говорят, но, со слов родителей, все понимают. Таким детям в возрасте до 3 лет необходимо получить консультацию у логопеда и, возможно, пройти медикаментозное ле­чение. К сожалению, часть из этих детей не сможет «разговориться» после 3 лет. Почему именно 3 года? Потому что это период формирования самостоятельности ребенка и период развития мышления, кото­рое зависит от уровня развития речи. Если речь ребенка развита недо­статочно, т. е. к 3 годам нет распространенного и сложноподчиненного предложения в речи ребенка, то и мышлению нет основы для развития. Это положение иллюстрируют результаты сравнительного исследо­вания детей раннего возраста с нарушенным и нормальным речевым развитием. «Безречевые» дети в 2-3 года достоверно отличаются от сверстников незрелостью центральной нервной системы, несформи­рованностью ведущих моторных систем (рука, нога), а также гиперак­тивностью или чрезмерной медлительностью. Обращает внимание от­сутствие различий между группами детей по игровой, двигательной, эмоционально-волевой и коммуникативной сферам, что указывает на вторичный характер отклонений в общем психическом развитии у «без­речевых» детей. Поэтому можно заключить, что дети с нарушенным речевым развитием имеют доказанное несоответствие психоречевого развития возрастным нормативам. Длительность сохранения дисба­ланса между пониманием речи и собственной речепродукцией ведет к задержке развития мыслительных процессов у ребенка. Своеобразие речевого развития и его последствия в виде общего недоразвития речи (ОНР) подробно описаны в книге данной серии «Если ребенок плохо говорит ... »

**Задержка психического развития** - это несоответствие актуаль­ного психического развития ребенка возрастным нормативам, является временнымсостоянием, которое можно преодолеть в дошкольном воз­расте с помощью коррекционного воздействия со стороны дефектолога и соответствующего медикаментозного лечения, назначенного невро­патологом.

Основной причиной такого отставания, по мнению большинства исследователей, являются слабо выраженные (минимальные) органиче­ские поражения головного мозга, которые могут быть врожденными или возникать во внутриутробном, предродовом, а также в ранний период жизни человека. В некоторых случаях может наблюдаться генетически обусловленная недостаточность центральной нервной системы. Ин­токсикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и другое ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых ме­ханизмов или вызывают легкие церебральные органические повреж­дения. Вследствие этих нарушений у детей в продолжение довольно длительного периода наблюдается функциональная незрелость цен­тральной нервной системы, что в свою очередь проявляется в слабости процессов торможения и возбуждения, затруднениях в образовании сложных условных связей.

К причинам возникновения задержки психического развития также относят патологию беременности и родов у матери, плохую наслед­ственность, перенесенные ребенком травмы, тяжелые заболевания, особенно в раннем возрасте. В результате неблагоприятного воздей­ствия этих факторов на центральную нервную систему ребенка проис­ходит приостановка или искаженное развитие самых тонких человече­ских функций. Очень большое, а иногда и решающее значение в этом имеют недостатки социальной среды, в которой воспитывается ребе­нок. Здесь на первом месте стоят: дефицит материнской ласки, челове­ческого внимания и тепла; недостаток ухода за малышом; недополуче­ние информации.

Все эти факторы тем более значимы, чем меньше возраст ребенка.

Именно по этим причинам так часто встречается задержка психическо­го развития у детей, которые воспитываются в детских домах, в кругло­суточных яслях и детских садах, а также у беспризорных, предостав­ленных самим себе детей, воспитывающиеся в семьях, где родители злоупотребляют алкоголем, ведут беспорядочный и асоциальный образ жизни.

В психолого-педагогической практике работы с детьми с задерж­кой психического развития используется классификация В. В. Лебе­динского, в соответствии с которой различают четыре основных варианта.

* **Конституционального происхождения.** Выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, моторики, преобладанием эмоциональ­ных реакций в поведении. Дети проявляют творчество в играх, она для них наиболее привлекательна, а заниматься не любят и не хотят. Эти особенности затрудняют социальную и школьную адаптацию.
* **Соматогенного происхождения.** Возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями сердца, почек, эндокринной системы и др. У таких детей стойкая физическая и психическая астения, что приводит к снижению работоспо­собности и формированию таких черт личности, как робость, боязливость. Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается круг общения, недостаточно пополняется запас зна­ний и представлений об окружающем мире. Формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что не позволяет ребенку достичь уровня возрастного развития.
* **Психогенного происхождения.** При раннем возникно­вении и длительном воздействии психотравмирующих факторов могут возникнуть стойкие сдвиги в нервно-психической сфере ребенка, что приводит к невропатическим и неврозоподобным нарушениям, патологическому развитию личности. При безнад­зорности наблюдается неустойчивое развитие личности: импуль­сивные реакции, неумение тормозить свои эмоции. При гипер­опеке формируются эгоцентрические установки, неспособность к волевым усилиям, труду. У детей наблюдаются негативизм, агрессивность, истерические проявления или робость, боязли­вость, страхи, мутизм. Выделяют нарушения в эмоционально­волевой сфере, снижение работоспособности, несформирован­ность произвольной регуляции поведения.
* **Церебрально-органического происхождения.**

Сочетаются черты незрелости и различной степени поврежден­ности ряда психических функций. В одних случаях сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы и позна­вательной деятельности, выявляется негрубая неврологическая симптоматика, страдают функции регуляции психической дея­тельности, а именно - звено контроля. В других случаях домини­руют симптомы поврежденности: стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций (ин­теллектуальные нарушения); страдают функции регуляции пси­хической деятельности: звено контроля и программирования, что влияет на низкий уровень овладения детьми всеми видами дея­тельности (предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, учебной, речевой). Дети не проявляют устойчивого интереса, деятельность недостаточно целостная, поведение импульсивно.

Задержка психического развития, часто сочетающая с задержкой речевого развития и минимальной мозговой дисфункцией, может быть диагностирована в раннем возрасте.

Ребенок с задержкой психического развития нуждается в своевре­менной помощи учителя-дефектолога, учителя-логопеда и педагога­ психолога. Если выявление задержки психического развития произо­шло достаточно поздно - ближе к 7 годам, возможно обращение за по­мощью в коррекционные группы детских садов и коррекционные классы школ.

Отставание психических функций у таких детей носит обратимый ха­рактер, т. е. при своевременной коррекционно-развивающей и медика­ментозной помощи дети способны усваивать учебный материал в пол-

ном объеме.

Задержанное психическое развитие характеризуется снижени­ем темпов развития ребенка в первую очередь в психической сфере по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Задерж­ка психического развития относится к обратимым состояниям при соответствующей коррекционно-развивающей и медикаментозной помощи.

Детей с задержкой психического развития характеризуют **труд­ности** всех сторон **речевой деятельности:** звукопроизносительной, лексика-семантической, лексика-грамматической, связной речи.

**Речь детей** смазанная, нечленораздельная. У них стра­дают слоговая структура слова (произносят не все слоги или меняют их местами) и лексико-грамматические конструкции (дети долго не науча­ются правильно согласовывать слова в предложении). Логопедическая работа продвигается с трудом: постановка звука редко к началу школь­ного обучения заканчивается полной автоматизаций в связной речи. Как правило, дети после логопедического воздействия правильно произно­сят изолированный звук, но искажают, пропускают или заменяют в связ­ной речи. В редких случаях задержка психического развития сопрово­ждается нарушением лишь отдельных звуков.

**Связная речь детей** без соответствующей коррекционно-развивающей помощи аграмматична (трудности в порождении или восприятии предложений). Фразовая речь формируется относительно поздно (часто к 3-4 годам), состоит, как правило, из 2 слов (существи­тельного и глагола). При самостоятельном высказывании ребенок не употребляет прилагательных, союзов, наречий, числительных. Словоо­бразование происходит по однажды освоенной схеме без корректиров­ки на правила русского языка. Ребенок часто не в состоянии построить короткий связный пересказ рассказа, сказки без наглядного подкрепле­ния или подсказок взрослого. На вопросы дети с ЗПР отвечают односложно, часто прибегают к жестам.

Для детей с задержкой психического развития часто характерно **не­доразвитие моторных функций и координации движений,** что про­является в неловкости, медлительности. Дома их обычно долго кормят, одевают, потому что у взрослых не хватает терпения. Их медлитель­ность может быть связана с наследственностью, темпераментом, но может быть результатом плохого воспитания, поэтому они часто ока­зываются не подготовленными к школе. На уроке такие дети настолько медлительны, что успевают выполнить по сравнению с одноклассника­ми только треть задания и получают неудовлетворительную оценку. Они трудно, очень медленно входят в работу, не могут сразу переключиться с одного задания на другое. Попытка торопить такого ученика, как пра­вило, приводит только к увеличению ошибок, резкому нарастанию утом­ления и падению умственной работоспособности.

Моторная неловкость проявляется в раннем дошкольном детстве: дети с трудом овладевают навыками самообслуживания (одевание, раздевание), в еде часто неопрятны, т. к. проливают пищу на одежду, долго не научаются застегивать пуговицы, шнуровать ботинки, пользоваться молнией и кнопками.

В то же время, большинству детей характерен синдром гиперактив­ности с дефицитом внимания, при котором дети суетливы, неуправляе­мы, непослушны, не могут усидеть на месте более 3-5 минут. Движе­ния нескоординированы: ребенок не может попасть ногой по мячу, ра­кеткой по волану, закрасить контур, что связывается с недоразвитием зрительно-моторной координации.

Мелкая моторика рук также страдает у таких детей: они долго не умеют правильно держать ложку и карандаш, линии нечеткие. В рисун­ке длительное время нет опознаваемых контуров: только при описании ребенком становится понятно, что изображено. Им трудно провести линию по пунктиру, заштриховать контур, дорисовать или скопировать форму.

Внимание детейс задержкой психического развития характеризу­ется неустойчивостью и недостаточной переключаемостью. Особенно резко страдают концентрация внимания и целенаправленная деятель­ность. Дети с трудом понимают, что от них требуется, не могут быстро переключаться на новый вид деятельности, плохо осваивают чте­ние, письмо, математику. Ухудшение состояния (иногда очень резкое: «В саду был как все, а в школе стал хуже всех»), как правило, связано с принципиально новыми требованиями, которые предъявляются к дея­тельности ребенка.

Непроизвольное внимание превалирует у детей над произвольным, целенаправленным. Ребенка в данный момент времени интересует все, что попадает в поле его зрения, но ненадолго. Внимание ребенка на­поминает скользящее движение по поверхности, он не понимает сути явления или предмета. Именно поэтому такие дети не умеют наблюдать за окружающим миром, выявлять сходства и различия.

Отмечается, что внимание детей с задержкой психического разви­тия характеризуется застреваемостью на отдельных деталях, за кото­рыми дети не видят целого. Эти особенности связаны с трудностями -переключения внимания с одного предмета на другой, с одного вида восприятия на другой.

**Дети с интеллектуальной недостаточностью.** На сегодняшний день интеллект рассматривается как способность к обучению, абстракт­ному мышлению, адаптации.

Под интеллектуальной недостаточностью понимают снижение интеллектуально-познавательных способностей ребенка относительно социально принятых нормативов временного или стойкого характера, что определяется степенью поражения центральной нервной системы, сроками начала и эффективностью реабилитационных мероприятий.

Задержка психического развития - это временное, а умственная отсталость - стойкое психическое недоразвитие, имеющее сложную структуру. Ведущим дефектом является недоразвитие познаватель­ной деятельности и нарушение динамики нервных процессов (инерт­ность психики), осложняющееся вторичными отклонениями в речевой, эмоционально-волевой сферах, в физическом развитии и поведении. - Согласно МКБ-1 О (Международная классификация болезней 10-го пе­ресмотра), выделяют легкую, умеренную, тяжелую и глубокую степени умственной отсталости.

Причины и условия возникновения задержки психического развития и умственной отсталости сходны (патология беременности, внутри­утробные инфекции, перинатальные вредности, раннее повреждение головного мозга), но отличаются сроками начала негативного воз­действия, его продолжительностью и интенсивностью. Чем раньше во внутриутробном периоде повреждены структуры головного мозга, тем грубее нарушения развития ребенка. В большинстве случаев у детей с задержкой психического развития повреждение мозговых структур возникает в процессе дифференциации мозговых систем, т. е. во вто­рой половине беременности. У детей с умственной отсталостью по­врежденность мозга возникает в первой половине беременности, часто в момент дифференциации мозговых пузырей, т. е. с 3 (4) по 6 неделю внутриутробного развития. Выраженность нарушений познавательной деятельности, в первую очередь психомоторного развития младенца, зависит от степени зрелости новорожденного ( оценка по шкале Апгар6-7 баллов и менее) и своевременности (в первые дни и месяцы жиз­ни) медикаментозного сопровождения (метаболиты, аминокислоты, ви­тамины, антиоксиданты), направленного на компенсацию кислородного голодания головного мозга.

В младенчестве при умственной отсталости наблюдаются наруше­ния врожденных рефлексов - сосательного, глотательного, а также выраженное отставание в психомоторном (сдвигание сроков начала переворота, ползания, сидения, стояния, ходьбы на 6 и более месяцев) и предречевом (отсутствие гуления, лепета или их замена на гортанные звуки до 2 и более лет) развитии от сверстников. При задержке психиче­ского развития таких выраженных отставаний в раннем развитии детей не наблюдается.

При умственной отсталости наблюдается выраженное снижение всех параметров познавательной сферы (восприятия, памяти, внима­ния, мышления, фонематических процессов). При задержке психиче­ского развития избирательно нарушены одни функции познавательной деятельности, что ведет к вторичному недоразвитию других (напри­мер, ослабленное слуховое внимание влечет вторичное недоразвитие слухоречевой памяти). Нередко при задержке психического развития наблюдается выраженное нарушение некоторых функций, которые со­ответственно существенно ограничивают другие. В этом случае дети, изначально с сохранными предпосылками интеллектуальной деятель­ности, без соответствующей медико-психолога-педагогической по­мощи становятся похожими по внешним параметрам деятельности на сверстников с умственной отсталостью.

При умственной отсталости рече­вое развитие резко замедлено и искажено. В зависимости от степени интеллектуального снижения речь либо не развивается вообще (осо­бенно в сочетании с нарушением слуха, зрения), либо самостоятельная речь аграммагична и фонетически нарушена. При задержке психиче­ского развития речь нарушена в звукопроизносительном, лексика­грамматическом и семантическом аспектах, но спецификой выступает наличие непродуктивных форм словообразования, словоизменения, наличие типичных ошибок грамматических конструкций. В отличие от них дети с умственной отсталостью не овладевают самостоятельно словообразованием и словоизменением, редко строят предложения (чаще всего нераспространенные), речевые ошибки нетипичны, т. е. в зависимости от контекста могут быть допущены разные виды ошибок в одном и том же слове, словосочетании, предложении. Относительная легкость коррекции речевой сферы детей с задержкой психического развития по сравнению с детьми с выраженными интеллектуальными расстройствами объясняется сохранными предпосылками когнитивной деятельности и тем, что словарь детей существенно шире и при соот­ветствующей коррекционо-развивающей работе может достичь уровня обычно развивающихся сверстников, что невозможно при умственной отсталости. У обеих категорий детей понимание речи значительно опе­режает речепродукцию. Так, «безречевые» дети выполняют инструкцию «Дай мяч», но не пытаются самостоятельно обозначить предмет даже звукокомплексом. Принципиальными различиями детей с умственной отсталостью от детей с задержкой психического развития являются длительный период ситуативного понимания речи (до 5 лет и более в за­висимости от степени снижения интеллекта) и более позднее начало овладения самостоятельной речью (после 3 лет и позднее).

Интеллектуальная недостаточность всегда имеет сложную струк­туру, поэтому во всех случаях дошкольники нуждаются в комплексном медико-психолога-педагогическом сопровождении. Тесное взаимо­действие врачей, педагога-психолога, учителя-дефектолога (сурдо­педагога, тифлопедагога), логопеда, инструктора ЛФК, массажиста, музыкального работника, воспитателей и родителей обеспечивает эф­фективность коррекционно-развивающей работы. Исходом системы коррекционно-развивающих мероприятий в случае задержки психиче­ского развития может быть достижение ребенком к 7 годам возрастных нормативов по интеллектуальному и речевому развитию, а для детей с выраженными интеллектуальными расстройствами - обеспечение социальной адаптации за счет расширения представлений об окружа­ющем, активного словаря и относительной сформированности само­сознания.

**Аутистические расстройства** у детей - погружение в мир лич­ностных переживаний с оспаёпвнивм или утратой контакта с окружаю­щим миром, интереса к реальности, отсутствием стремления к обще­нию с окружающими, скудностью эмоциональных проявлений.

В клинической практике аутизм может наблюдаться как само­стоятельное состояние, а также быть в структуре других расстройств эмоционально-волевой сферы и личности. В раннем дошкольном воз­расте чаще наблюдаются элементы аутистических состояний: мать не выступает как желанное лицо для общения; отсутствие страха вообще; предпочтение одиночных игр с неспецифическими манипуляциями предметами; игнорирование сверстников; трудности обучения; внезап­ное исчезновение речи при ее достаточном уровне развития и при от­сутствии психотравмирующих ситуаций (мутизм); «полевое поведение» (игнорирование указаний взрослого, поведение ребенка регулируется только внутренними побуждениями). Практически всегда дети с подоб­ными состояниями социально дезадаптированы.

На причины возникновения аутизма высказываются предполо­жения о: генетической детерминированности; наследуемом характере личностных черт; раннем внутриутробном повреждении головного моз­га ребенка, приводящем к рассогласованным действиям правого и ле­вого полушарий и трудностям обмена информацией между ними. Вы­зывает дискуссии вопрос о соотношении нарушения мышления и речи при аутизме.

Основным проявлением аутистических состояний у детей является резкое ограничение коммуникации (вербальных и невербальных кон­тактов) с окружающим миром. Наблюдается низкая речевая активность, вплоть до ее отсутствия. Речь монотонна, с гнусавым оттенком, состоя­щая преимущественно из отдельных слов и эхолалий (неконтролируе­мое автоматическое повторение слов, услышанных в чужой речи). За­фиксированы случаи воспроизведения ребенком достаточно большого отрывка из прочитанных произведений в стихотворной форме не по просьбе взрослого, а аутонаправленно (при попытке задать вопрос во время декламации ребенок замыкался или выражал неудовольствие, повторное прочтение начиналось с начала отрывка).

Аутистические расстройства приводят к задержке психического развития с некоторыми сохранными интеллектуальными функциями (например, памятью). Среди особенностей мышления отмечается вы­падение чувственного отображения информации, схематичность, кон­кретность и образность у всех детей с аутистическими состояниями вне зависимости от возраста.

Дети с аустистическими состояниями способны называть знакомые предметы (отдельные слова), т. е. у них происходит соотношение образа со словом. Однако они не могут продолжить знакомое слово по перво­му слогу и картинке, не опознают предмет, изображенный в необычном виде. Дети называют предмет, изображенный целиком, но не узнают его по отдельным частям. Последовательность картинок (из двух) не выкла­дывают.

Овладение элементарными математическими знаниями даже к 7 го­дам остается на уровне доколичественных представлений (при соот­ветствующей коррекционно-развивающей работе выделяют «один» и «много»). Они не пересчитывают предметы, но механически воспроиз­водят порядок цифр. Отсутствует перенос навыков работы с познава­тельным материалом (игры, изготовление поделок, построек)

К 7 году жизни дети не овладевают элементарными пространствен­ными и временными представлениями, несмотря на соответствующую коррекционно-развивающую работу. Дети не ориентируются на себе, на листе бумаги и в помещении. Они не выделяют очевидные причинно-­следственные связи между событиями и не находят ярких отличий в двух предметах.

Овладение грамотой у части таких детей не вызывает трудностей: часто овладение чтением предшествует овладению развернутым фо­нетическим анализом, т. е. у них доминирует стратегия «чтение целыми словами». В силу недостаточности мелкой моторики рук эта категория детей практически не овладевает самостоятельным письмом.

Для всех детей с аутистическими состояниями характерна незре­лость мотивационно-потребностной системы личности: они обнаружи­вают слабость побуждений, нарушение целенаправленности и недоста­точность внимания; на первое место выходят удовлетворение жизнен­ных потребностей и получение удовольствия, а нравственные чувства и социально поощряемые побуждения практически не формируются.

Дети с аутистическими состояниями представляют собой сложную для коррекционно-развивающего воздействия группу. Однако при правильно подобранном медицинском воздействии у этой категории детей может быть достигнут значительный прогресс в социальной адаптации. Следует отметить, что на настоящий момент нет эффективного способа преодоления аутистическимх состояний у дошкольников, что связано с многофакторностью возникновения аутизма, спецификой поврежде­ния мозга и нарушением коммуникативной функции у детей. Относи­тельно значимый сдвиг в сторону формирования потребности общения с окружающим миром дает метод транскраниальныхмикрополяриза­ций головного мозга (авторы-разработчики В. А. Илюхина, В. М. Шай­тор, Ю. К. Матвеев, Н. Ю. Кожушка, Е. А. Пономарева, М. А. Федорова, 2002) в сочетании с фармацевтической коррекций и психотерапевтиче­скими занятиями (песочная терапия).2

**Двигательные нарушения** у детей с детским церебральным па­раличом, миопатиями, последствиями врожденных аномалий костно­мышечной и нервной систем, последствиями полиомиелита, черепно­мозговых травм, нейроинфекций выражаются в трудности самостоя­тельных передвижений, степень тяжести которой в большинстве случа­ев определяет выраженность психоречевого недоразвития.

Детский церебральный паралич является самым распространенным нарушением опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного воз­раста.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - сложное полиэтиологиче­ское неврологическое заболевание, проявляющееся в сочетании дви­гательных расстройств с нарушением корковых функций, возникающее вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы.

Двигательные нарушения при ДЦП выражаются в поражении верх­них и нижних конечностей (парезы и параличи) в виде нарушения то­нуса мышц, патологических рефлексов, наличия насильственных движений - гиперкинезов, несформированности актов равновесия и координации, нарушения мелкой моторики рук, которые сочетаются с дефектами речевой системы, слуха, зрения и интеллектуальной не­достаточностью ( от легких форм задержки психического развития до тяжелой умственной отсталости). Следует отметить, что не существует четкой связи между выраженностью двигательных и интеллектуальных расстройств. Отмечается, что у детей с ДЦП потенциально сохранены предпосылки к развитию высших форм мышления, но множественные нарушения (двигательные, сенсорные, речевые), выраженность асте­нических проявлений, низкий запас знаний вследствие социальной де­привации ограничивают возможности этой категории детей.

В связи со сложностью структуры дефекта при ДЦП дети нуждают­ся в комплексном медико-психолога-педагогическом сопровождении начиная с раннего детства. Особое внимание уделяется профилакти­ке вторичных расстройств личности и созданию компенсаторных схем для социальной адаптации ребенка с ДЦП. Медикаментозное воздей­ствие направлено на нормализацию мышечного тонуса (доступно не­значительное улучшение), активизацию когнитивных функций и сома­тического здоровья в целом. Обязательно в программу реабилитации детей с ДЦП входят ЛФК, массаж, занятия с педагогом-психологом и учителем-логопедом (дефектологом, тифло- и сурдопедагогом при сопутствующих перцептивно-мыслительных нарушениях). Комплекс­ная реабилитация наиболее успешно проходит в ДОУ для детей с на­рушениями опорно-двигательного аппарата (при сохранном интеллекте и задержке психического развития), а при множественных нарушениях развития - в группе для детей со сложными дефектами (если самосто­ятельно передвигается) и в группе «,,особый" ребенок» (при необходи­мости оказания ребенку постоянной помощи взрослого для поддержа­ния вертикального положения).

Отдельную группу детей с двигательными нарушениями составляют дети, у которых выраженность поражения или аномалии строения цен­тральной нервной системы не создают основу для развития движений. Это наблюдается при хромосомных мутациях с выраженной интеллек­туальной недостаточностью, при патологии двигательных зон головного и спинного мозга в случае врожденных аномалий (чаще всего в экологи­чески неблагоприятных районах) и последствий нейроинфекций. Дан­ная категория детей является самой трудной и непредсказуемой в пла­не результата медико-психолога-педагогической реабилитации.

Дети с двигательными расстройствами не только отстают в развитии произвольных движений, но и имеют своеобразие в психоречевом раз­витии.

**Сенсорные нарушения** у детей - это дефекты зрения и слуха, а также трудности тактильно-двигательного определения характери­стик предметов и объектов окружающего мира.

Трудности тактильного определения свойств предметов лежат в основе задержки формирования системных представлений о мире и в легких случаях связаны с недостаточной подвижностью пальцев рук.

В случае полного отсутствия тактильной чувствительности, как правило, у ребенка фиксируется умственная отсталость. Поэтому чаще играй­те с пальчиками ребенка - рассказывайте стихи руками, применяйте пальчиковые игры, пальчиковый театр, выкладывайте мелкие предме­ты по линиям, рисуйте пальчиками - все эти несложные игры помогут в развитии сенсорных каналов малыша. А совсем маленьких детей чаще берите на руки, прижимайте к себе, гладьте, переворачивайте - эти действия запускают распознающую систему ребенка.

Дефекты зрения и слуха могут быть тотальными (полностью глухой или слепой ребенок) или частичными (неполная утрата зрения или слу­ха). Также для эффективного преодоления отставания в психоречевом развитии ребенка необходимо знать срок возникновения сенсорно­го дефекта: рано ослепший (оглохший) - до 3 лет или поздно ослеп­ший (оглохший) - после 3 лет. У детей с дефектами слуха старше 3 лет коррекционно-развивающая работа опирается на уже имеющиеся об­разы окружающего мира и образцы звучащей речи. С маленькими деть­ми (до 3 лет) реабилитацию начинают с развития тактильной чувстви­тельности с опорой на сохранный сенсорный канал.

В последние годы зафиксирован рост числа детей с минимальными нарушениямислухаизрения, т. е. с такими, которые не требуют коррекции слуховыми аппаратами или очками, но ограничивающими способность ребенка к познанию окружающего мира и овладению звучащей речью.

Минимальные нарушения зрения могут возникнуть не только по на­следственным причинам, но и в силу нестабильности шейного отдела позвоночника, нарушений кровообращения в мозгу, черепно-мозговых травм. Это проявляется в неточности определения ребенком образов предметов, прищуривании глаз при рассматривании картинок или уда­ленных предметов, что замедляет процесс интеллектуального разви­тия, если не созданы условия для полноценной обработки зрительной информации.

Минимальные нарушения слуха могут возникнуть в результате оти­тов, применения ототоксических антибиотиков при лечении инфекций верхних дыхательных путей. Ребенок перестает четко слышать шепотную речь, собственная речь утрачивает четкость, звуки речи становятся хуже различимыми для окружающих людей, ребенок начинает переспраши­вать взрослых, прислушивается, смотрит на губы говорящего человека. В таких случаях необходима консультация сурдолога, т. к. неточные слу­ховые образцы слов будут затормаживать речевое развитие ребенка.

Сенсорные нарушения лежат в основе трудностей психоречевого развития ребенка.