**Доклад по теме:**

**Причины возникновения психофизических нарушений у детей.**

**Характеристика детей с задержкой психического развития.**

**Тухфатуллина Луиза Мазитовна,**

 учитель МАОУ Тоцкая СОШ

 имени А.К.Стерелюхина

2021 г.

 **Причины возникновения психофизических нарушений у детей.**

Среди основных групп причин*,*которые приводят к нарушениям психического и (или) физического развития, принято выделять эн­догенные (генетические и наследственные заболевания); экзоген­ные (факторы среды).

***Эндогенные причины***представлены двумя основными группа­ми.

1. Различные наследственные заболевания плода - генные абер­рации (аплазия - недоразвитие внутреннего уха, которое приводит к глухоте; микрофтальм - грубое структурное изменение глаза, ха­рактеризующееся уменьшением размеров одного или обоих глаз, что приводит к понижению остроты зрения; мионатия - нарушение обмена веществ в мышечной ткани, характеризующееся мышечной слабостью; фенилкетопурия; микроцефалия и т.н.). В настоящее время известно около 2 000 генных аберраций, которые могут вы­звать как психические, так и физические нарушения. Гены с иска­женной информацией могут передаваться из поколения в поколе­ние или каждому второму поколению.

Так, при недостаточной ясности этиологии раннего детского ау­тизма общепризнанной является позиция о роли генетических фак­торов - мультифакториальный механизм, при котором передается не собственно патология, а предрасположенность к ее развитию, реализующаяся при наличии провоцирующего фактора (инфекция, интоксикация, травма, возрастной кризис, психотравма и т.д. По мнению исследователей, у аутичных детей чаще обычного наблюдаются признаки мозговой дисфункции, у них нередко проявляются и нарушения биохимического обмена. Эта недостаточность может быть вызвана широким кругом при­чин: генетической обусловленностью, хромосомными аномалиями (в частности, фрагильной Х-хромосомой), врожденными обменны­ми нарушениями. Она может также оказаться результатом органи­ческого поражения центральной нервной системы в результате па­тологии беременности и родов, последствием нейроинфекции, рано начавшегося шизофренического процесса

2. Заболевания, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом - хромосомные аберрации (полиплодия - уве­личение хромосомного набора в несколько раз; трисомия - увели­чение хромосом в одной паре; моносомия - уменьшение хромосом в паре па одну; нулесомия - отсутствие какой-либо пары хромосом и др.).

Хромосомы и находящиеся в них гены составляют единицы на­следственности. В составных частях хромосом в закодированном виде находятся основные признаки человеческого организма. Неполноценность ро­дительских половых клеток может возникать из-за неблагоприятной наследственности или отрицательных внешних факторов, которые могут влиять на эти клетки. Отмечается, что у обоих родителей с ин­теллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости рождаются от 45,9 до 100% детей с нарушениями интеллекта. Если только один из родителей имеет интеллектуальную патологию, то процент детей с нарушением интеллекта значительно меньше и до­стигает 33,3-58,1%. Около 13% всех хромосомных болезней состав­ляет синдром Дауна - наличие третьей лишней хромосомы в 21-й хромосомной паре. Чаще всего матери таких детей бывают или очень молодыми, или в возрасте. В первом случае половые клетки роженицы еще слиш­ком слабые, во втором - уже слишком слабые. В литературе приво­дится следующая статистика: если рожают женщины 20-30 лет, то из I Г>00 1 700 новорожденных встречается один с синдромом Дау­на; если женщине 30-34 года - 1 случай из 950-1 000; 35-39 лет -1 случай из 300-350; 40-44 года - до 1 случая из 80; 45 лет и стар­ше 3 случая на 18 новорожденных .

Исследованиями установлена зависимость и других хромосом­ных аберраций от возраста матери. Ученые предполагают, что уве­личение числа хромосомных аберраций связано со старением жен­ских яйцеклеток. Хотя половые клетки и способны оплодотворить­ся, однако остается некоторая вероятность, что зарожденная новая жизнь будет иметь те или иные нарушения развития.Последствием хромосомных аберраций могут быть микроцефа­лия, нарушения слуха, зрения, интеллекта, несросшееся небо, де­формации конечностей.

**Экзогенные причины**вызывают нарушения в развитии в раз­личные периоды онтогенеза.

1.В перинатальный (внутриутробный) период нарушения в раз­ витии могут быть вызваны хроническими заболеваниями родите­ лей, особенно матери; инфекционными болезнями (сифилис, ток- соплазмоз и др.); вирусными (краснуха, свинка, грипп, ветряная оспа); интоксикациями (отравлениями) матери (в том числе алко­гольными, наркотическими, никотиновыми); недостатками пита­ния матери во время беременности, особенно недостатком белков, микроэлементов, витаминов; резус-конфликтами; травмами; влия­нием лучевой энергии и т.п.

2.В натальный (родовой) период причинами нарушений могут стать родовые травмы; инфицирование плода; асфиксия - удушье плода (в 85% случаев возникновения гиперактивности диагности­руется патология беременности и (или) родов; у детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень ри­ска для возникновения детского церебрального паралича).

3.В постнатальный период (после рождения) причинами могут быть остаточные явления после различных инфекционных и дру­гих заболеваний; различные травмы (черепно-мозговые; травмы анализаторов, конечностей и т.н.); интоксикации (алкогольные, наркотические, никотиновые и т.н.); несоблюдение санитарно-гигиенических норм (например, несоблюдение гигиены зрения может привести к близо­рукости) и т.п.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказа­но, что более 400 факторов могут оказать повреждающее действия на центральную нервную систему развивающегося плода. Негатив­ный фактор может оказывать свое патологическое влияние как на новый организм, развивающийся в утробе матери от вре­мени оплодотворения половых клеток до девяти недель, так и на плод в утробе матери от девяти недель до девяти месяцев. Чаще всего нарушаются те органы и системы, которые в это время развиваются интенсивнее. Например, органы зрения интенсивнее развиваются в течение первых девяти недель, но наиболее важный (критический, так как в это время закладыва­ется основа органа зрения) период развития - третья-пятая недели. Аналогичную оценку можно дать развитию органов слуха в период от трех до девяти недель, где критическим считается период от трех до пяти недель. Внутренние органы в основном формируются на седьмой-одиннадцатой неделе беременности, мозг - на второй-одиннадцатой неделе. В эти периоды названные органы и системы наиболее чув­ствительны и быстро поражаются отрицательными факторами. Не­редко в первые недели женщина не знает о своей беременности и может употреблять антибиотики или другие медикаменты, оказы­вающие отрицательное воздействие на эмбрион, или быть под воздействием внешних отрицательных факторов.

Современные исследования свидетельствуют, что недоношен­ность является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на дальнейшее развитие ребенка, в особенности на формирование его центральной нервной системы.

**Общая характеристика детей с задержкой психического развития**

Задержка психического развития (ЗПР) – это такое нарушение нормального развития, при котором ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов. Понятие «задержка» подчеркивает временной (несоответствие уровня развития возрасту) и вместе с тем временный характер отставания, который с возрастом преодолевается тем успешнее, чем раньше создаются адекватные условия обучения и развития детей данной категории.

К детям с задержкой психического развития относятся дети, не имеющие выраженных отклонений в развитии (умственной отсталости, тяжелого речевого недоразвития, выраженных первичных недостатков в функционировании отдельных анализаторных систем - слуха, зрения, двигательной системы). Дети данной категории испытывают трудности адаптации, в том числе школьной, вследствие различных биосоциальных причин (остаточных явлений легких повреждений центральной нервной системы или ее функциональной незрелости, соматической ослабленности, церебрастенических состояний, незрелости эмоционально-волевой сферы по типу психофизического инфантилизма, а также педагогической запущенности в результате неблагоприятных социально-педагогических условий на ранних этапах онтогенеза ребенка). Трудности, которые испытывают дети с ЗПР, могут быть обусловлены недостатками как в регуляционном компоненте психической деятельности (недостаточностью внимания, незрелостью мотивационной сферы, общей познавательной пассивностью и сниженным самоконтролем), так и в ее операциональном компоненте (сниженным уровнем развития отдельных психических процессов, моторными нарушениями, нарушениями работоспособности). Перечисленные выше характеристики не препятствуют освоению детьми общеобразовательных программ развития, но обусловливают необходимость определенной их адаптации к психофизическим особенностям ребенка.

**Характеристика детей с ЗПР**

1.Физические и моторные особенности.Дети с ЗПР, как правило, позже начинают ходить, имеют более низкий вес и рост по сравнению со своими сверстниками, затруднения в координации движения, недостатки моторики.

2.Уровень работоспособности снижен, отличается быстрой истощаемостью и утомляемостью, вследствие чего быстро утомляются, что в совокупности с другими особенностями и является препятствием к усвоению знаний, умений и навыков.

3.Уровень психического развития не соответствует возрасту. Инфантильны. Инфантилизм — первичное нарушение темпа созревания поздно формирующихся лобных систем мозга в результате нарушения трофики. Это приводит к замедлению развития эмоционально волевой сферы, что выражается в эмоциональной незрелости, не сформированности произвольной регуляции поведения, снижении познавательной активности, мотивации поведения (в частности, учебной), низкому уровню самоконтроля.

4.Уровень развитие интеллекта не соответствует возрасту ребенка. Отставание в развитии всех форм мышления (анализа, синтеза, сравнения, обобщения). Однако наглядно-действенное мышление развито лучше, чем наглядно-образное и словесно-логическое.

Имеются затруднения в определении причинно-следственных связей и отношений между предметами и явлениями. Это легко выявляется при предъявлении им теста на составление рассказов по серии сюжетных картинок. Как правило, не могут выявить отличительные признаки сходных явлений и предметов (им легче определить различия явлений противоположного характера).

Представления бедны и схематичны. Недостаточен объем общих знаний. Ограничен запас видовых понятий (в норме дети могут назвать 9—13 предметов, принадлежащих к одной группе, дети с ЗПР — 5—7).

5. Уровень развития речи выражено снижен: речь бедна и примитивна. Дети с ЗПР позже начинают говорить. Как правило, имеют дефекты произношения.

6.Внимание неустойчиво, имеет низкую концентрацию и распределяемость. Как следствие, дети легко отвлекаются на уроках и быстро утомляются.

7.Восприятие имеет низкий уровень: недостаточность, фрагментарность, ограниченность объема. Например, дети с ЗПР с трудом выделяют объект из фона. На уровень восприятия также влияют условия восприятия, например, нестандартное или непривычное для них положение объекта восприятия.

8.Память отличается малым объемом, непрочностью и низкой продуктивностью произвольной памяти. Непосредственное запоминание легкого материала (запоминание однозначных чисел, знакомых слов, элементарного текста) близко к норме, но при отсроченном воспроизведении то, что было выучено, забывается полностью или отличается неточностью и трудностью воспроизведения. Основным приемом заучивания является механическое многократное повторение . Запоминание сложного материала, требующего понимания и логических приемов переработки информации, значительно снижено. Непроизвольное запоминание также ниже границы нормы.

9. Высшая форма игровой деятельности (сюжетно-ролевая игра) не сформирована.

10.Особенности обучения в школе. Вследствие того, что дети не достигли уровня развития, необходимого для перехода к учебной деятельности и ведущим видом деятельности для них остается игра, они не усваивают знания, предусмотренные программой массовой школы. Поскольку им свойственен низкий уровень самоконтроля, они не умеют планировать и осуществлять целенаправленные усилия, ведущие к достижению поставленной цели, что проявляется в пропуске уроков, не выполнении школьных заданий, отставании в усвоении учебного материала .Уже в первом классе на основе сравнения и осознания своего неуспеха в учебной деятельности у них складывается отрицательное отношение к школе, учению, что приводит к формированию чувства неполноценности и еще больше усугубляет ситуацию.

**Вывод:** дети с ЗПР к началу школьного возраста отличаются отставанием во всех сферах психической деятельности и неравномерностью проявлений данных отставаний, но своевременная организация коррекционно-развивающего обучения позволяет детям с ЗПР достигнуть уровня потенциального развития. При своевременном оказании системы коррекционно-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи возможно частичное, а иногда и полное преодоление данного отклонения в развитии.