

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение - детский сад  
№ 426

**Консультация для педагогов  
«Общая характеристика детей с ОВЗ.  
Психолого-педагогические аспекты».**

Воспитатель: Кудряшова Е.Е.  
Инструктор по физической культуре: Гоглачёва Е.М.

Екатеринбург



К лицам с ОВЗ относятся лица, имеющие отклонения в психическом и физическом развитии.  
Синонимы: «дети с проблемами», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «аномальные дети», «особые дети», «дети с трудностями в обучении», «дети-инвалиды» (при наличии медико-социальной экспертизы).

**По классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым, к основным категориям детей с ОВЗ относятся:**

- ✓ Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- ✓ Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- ✓ Дети с нарушением речи (логопаты);
- ✓ Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- ✓ Дети с умственной отсталостью;
- ✓ Дети с задержкой психического развития;
- ✓ Дети с нарушением поведения и общения;
- ✓ Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

### **Дети с расстройствами ЭВС и поведения (аутисты)**

Необходимо остановиться на таком важном аспекте рассматриваемой проблемы как причины расстройств эмоционально-волевой сферы ребенка, поскольку, с одной стороны знание причины дает выход на эффективную коррекцию, с другой стороны, данные расстройства имеют очень серьезные последствия негативного характера для ребенка.

Детские психологи полагают, что основными причинами возникновения эмоциональных нарушений у детей могут стать:

- перенесенные в детстве заболевания и стрессы;
- особенности физического и психоэмоционального развития ребенка, в том числе задержки, нарушения или отставания в интеллектуальном развитии;
- микроклимат в семье, а также особенности воспитания;
- социально-бытовые условия проживания ребенка, его близкое окружение.

Традиционно выделяются три группы факторов, приводящих к возникновению эмоциональных нарушений у детей и подростков: биологические, психологические и социально-психологические.

К биологическим факторам, предрасполагающим к возникновению эмоционального неблагополучия у ребенка можно отнести соматическую ослабленность вследствие частых заболеваний.

К собственно психологическим причинам возникновения эмоционального неблагополучия у детей авторы относят особенности

эмоционально-волевой сферы ребенка, в частности нарушение адекватности его реагирования на воздействия извне, недостаток в развитии навыков самоконтроля поведения и др.

Нарушения в эмоциональной сфере у детей могут быть вызваны и другими факторами. Например, психологическую травму могут нанести фильмы или компьютерные игры. Эмоциональные нарушения у детей проявляются чаще всего в переломные периоды развития. Ярким примером такого психически нестабильного поведения может служить так называемый «переходный возраст». Молодые люди бунтуют всегда, но особенно это заметно в подростковом возрасте, когда ребенок начинает определяться со своими желаниями и оценивает собственные возможности. Наиболее часто встречающимися проявлениями эмоциональных нарушений у детей являются: общая тревожность ребенка, а также наличие страхов и излишняя боязливость; эмоциональная истощаемость; агрессия, причем порой беспричинная; проблемы в общении и взаимодействии с другими детьми или взрослыми; депрессия.

Нарушения эмоционально-волевой сферы чаще всего проявляются повышенной эмоциональной возбудимостью в сочетании с выраженной неустойчивостью вегетативных функций, общей гиперестезией (повышенная чувствительность к раздражителям, действующим на органы чувств), повышенной истощаемостью нервной системы. У детей первых лет жизни стойко нарушен сон (трудности засыпания, частые пробуждения, беспокойство в ночное время). Аффективное возбуждение может возникать даже под влиянием обычных тактильных, зрительных и слуховых раздражителей, особенно усиливаясь в непривычной для ребенка обстановке.

В старшем дошкольном возрасте дети отличаются чрезмерной впечатлительностью, склонностью к страхам, причем у одних преобладают повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность, у других робость, застенчивость, заторможенность. Чаще всего отмечаются сочетания повышенной эмоциональной лабильности с инертностью эмоциональных реакций, в некоторых случаях с элементами насильственности. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться, и эмоции как бы приобретают насильственный характер. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакциями протеста и отказа, которые значительно усиливаются в новой для ребенка обстановке, а также при утомлении.

Условно можно выделить три наиболее выраженные группы так называемых трудных детей, имеющих проблемы в эмоциональной сфере:

- Агрессивные дети. Безусловно, в жизни каждого ребенка бывали случаи, когда он проявлял агрессию, но выделяя данную группу, обращается внимание на степень проявления агрессивной реакции, длительность действия и характер возможных причин, порой неявных, вызвавших аффективное поведение.

- Эмоционально-расторможенные дети. Эти дети на все реагируют слишком бурно: если они выражают восторг, то в результате своего экспрессивного поведения «заводят» всю группу, если они страдают – их плач и стоны будут слишком громкими и вызывающими.

- Тревожные дети. Они стесняются громко и явно выражать свои эмоции, тихо переживают свои проблемы, боясь обратить на себя внимание.

В развитии эмоционально-волевой сферы выделяют три группы нарушений:

- расстройства настроения;
- расстройства поведения;
- нарушения психомоторики.

Расстройства настроения можно условно разделить на 2 вида: с усилением эмоциональности и ее понижением. К первой группе относятся такие состояния, как эйфория, дисфория, депрессия, тревожный синдром, страхи. Ко второй группе относятся апатия, эмоциональная тупость.

**Эйфория** - приподнятое настроение, не связанное с внешними обстоятельствами. Ребенка, находящегося в состоянии эйфории, характеризуют как импульсивного, стремящегося к доминированию, нетерпеливого.

**Дисфория** - расстройство настроения, с преобладанием злобно-тоскливого, угрюмо-недовольного, при общей раздражительности и агрессивности. Ребенка в состоянии дисфории можно описать как угрюмого, злого, резкого, неуступчивого.

**Депрессия** - аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном и общей пассивностью поведения. Ребенка с пониженным настроением можно охарактеризовать как несчастного, мрачного, пессимистичного.

**Тревожный синдром** - состояние беспричинной обеспокоенности, сопровождающееся нервным напряжением, непоседливостью. Ребенка, испытывающего тревогу, можно определить как неуверенного, скованного, напряженного.

**Страх** - эмоциональное состояние, возникающее в случае осознания надвигающейся опасности. Дошкольник, испытывающий страх, выглядит робким, испуганным, замкнутым.

**Апатия** - безучастное отношение ко всему происходящему, которое сочетается с резким падением инициативы. Апатичного ребенка можно описать как вялого, равнодушного, пассивного.

**Эмоциональная тупость** – уплощенность эмоций, в первую очередь утрата тонких альтруистических чувств, при сохранении элементарных форм эмоционального реагирования.

К расстройствам поведения можно отнести гиперактивность и агрессивное поведение: нормативно-инструментальную агрессию, пассивно - агрессивное поведение, инфантильную агрессивность, защитную агрессию, демонстративную агрессию, целенаправленно враждебную агрессию.

**Гиперактивность** - сочетание общего двигательного беспокойства, неусидчивости, импульсивности поступков, эмоциональной лабильности, нарушений концентрации внимания. Гиперактивный ребенок непоседлив, не доводит до конца начатое дело, у него быстро меняется настроение.

**Нормативно - инструментальная агрессия** - это вид детской агрессивности, где агрессия используется в основном как норма поведения в общении со сверстниками.

Агрессивный ребенок держится вызывающе, неусидчив, драчлив, инициативен, не признает за собой вины, требует подчинения окружающих. Его агрессивные действия - это средство достижения конкретной цели, поэтому положительные эмоции испытываются им по достижении результата, а не в момент агрессивных действий.

**Пассивно-агрессивное поведение** характеризуется капризами, упрямством, стремлением подчинить окружающих, нежеланием соблюдать дисциплину.

**Инфантильная агрессивность** проявляется в частых ссорах ребенка со сверстниками, непослушанием, выставлением требований родителям, стремлением оскорблять окружающих.

**Защитная агрессия** - это вид агрессивного поведения, которое проявляется как в норме (адекватный ответ на внешнее воздействие), так и в гипертрофированной форме, когда агрессия возникает в ответ на самые разные воздействия. Возникновение гипертрофированной агрессии может быть связано с трудностями декодирования коммуникативных действий окружающих.

**Демонстративная агрессия** - разновидность провокационного поведения, направленного на привлечение внимания взрослых или сверстников. В первом случае ребенок использует в косвенной форме вербальную агрессию,

которая проявляется в различных высказываниях в виде жалоб на сверстника, в демонстративном крике, направленном на устранение сверстника. Во втором случае, когда дети используют агрессию как средство привлечения к себе внимания сверстников, они чаще всего используют физическую агрессию - прямую или косвенную, которая носит непроизвольный, импульсивный характер (непосредственное нападение на другого, угрозы и запугивание - как пример прямой физической агрессии или разрушение продуктов деятельности другого ребенка в случае косвенной агрессии).

Дети с нарушением эмоционально-волевой сферы отличаются частыми проявлениями беспокойства и тревоги, а также большим количеством страхов, причем страхи и тревога возникают в тех ситуациях, в которых ребенку, казалось бы, ничего не грозит. Тревожные дети отличаются особой чувствительностью, мнительностью и впечатлительностью. Также дети нередко характеризуются низкой самооценкой, в связи с чем у них возникает ожидание неблагополучия со стороны окружающих. Это характерно для тех детей, чьи родители ставят перед ними непосильные задачи, требуя того, что дети выполнить не в состоянии.

Наиболее тяжелые эмоциональные нарушения встречаются при расстройствах аутистического спектра (РАС), включая синдром раннего детского аутизма (РДА), варианта дизонтогенеза, характеризующегося процессами искажения психического развития.

Ранний детский аутизм (РДА) — это неравномерное развитие психики с нарушением преимущественно социального межличностного восприятия и функции общения.

При РДА отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологически ускоренно.

В результате проведенной работы были определены четыре группы детей с аутизмом в зависимости от интенсивности поражения базальной аффективной сферы.

**1-я группа** — наиболее тяжелая степень поражения. Наблюдается полевое поведение: ребенок бесцельно перемещается по комнате, может залазить на мебель, прыгать со стульев. Эмоциональный контакт со взрослыми отсутствует, реакция на внешние и внутренние раздражители слабая. Лицо обычно сохраняет выражение глубокого покоя. Речь отсутствует, хотя понимание речи окружающих может быть не нарушено. Дети избегают сильных стимулов: шума, яркого света, громкой речи, прикосновений. Эти раздражители могут вызвать страх. Выражены явления пресыщения. Задачей этого типа эмоциональной регуляции является

сохранение себя от воздействия внешнего мира и стремление к эмоциональному комфорту.

**2-я группа** отличается большей активностью. Ребенок реагирует на физические ощущения (голод, холод, боль). Дети активно требуют сохранения постоянства в окружающей среде: одинаковой пищи, постоянных маршрутов прогулки; они тяжело переживают перестановку мебели, смену одежды. При этих изменениях дети отказываются от пищи, могут утратить навыки самообслуживания. Проявления такого состояния заметны с 2—3 лет. Как правило, у детей этой группы встречаются стереотипные действия, направленные на стимуляцию органов чувств: надавливание на глазные яблоки, вращение предметов перед глазами, шуршание бумагой, прослушивание одних и тех же пластинок. Вестибулярный аппарат стимулируется прыжками, раскачиванием вниз головой и т.п. Речь в основном состоит из однотипных речевых штампов — команд, адресованных любимым присутствующим. Возможно и выполнение простых просьб, исходящих со стороны матери. Характерна чрезмерная связь с матерью, невозможность отойти от нее даже на короткий срок. Иногда отмечается сочетание холодности, нечувствительности к эмоциям других людей с повышенной чувствительностью к состоянию матери.

**3-я группа** характеризуется наличием речи в виде эмоционально окрашенного монолога, ребенок способен выразить свои потребности. Отмечается противоречивость побуждений: стремление к достижению цели при быстрой пресыщаемости; пугливость, тревожность и потребность в повторном переживании травмирующих впечатлений. Часто встречаются агрессивные действия, пугающие сюжеты рисунков (изображения пожаров, бандитов и т. д.).

**4-я группа** РДА является наименее тяжелой. Дети способны к общению, у них сохранены интеллектуальные функции. Однако речь с аграмматизмами, нарушено употребление местоимений. Выражена чрезмерная потребность в защите, ободрении, эмоциональной поддержке со стороны матери. У ребенка этой группы не хватает гибкости, разнообразия поведения, часто возникают ритуальные формы поведения как защита от страхов. Круг общения ограничен только близкими, хорошо знакомыми людьми. В ходе развития ребенка возможно как улучшение освоения навыков общения, постепенная адаптация, так и регресс, утрата ранее приобретенных навыков.

Проявления РДА могут быть замечены у ребенка в возрасте до 1 года. Но наиболее ярко в возрасте 3-5 лет, и в числе наиболее характерных проявлений в раннем возрасте можно назвать следующее:

- у ребенка поздно возникает «комплекс оживления»;
- бывает негативная реакция на позу при кормлении;
- моторное развитие также отличается своеобразием: ребенок на руках у матери может быть либо вялым, либо избыточно напряженным;
- формирование навыка ходьбы запаздывает. Часто отмечаются нарушения походки: ходьба на носочках, размахивание руками, подпрыгивание;
- аутичный ребенок не фиксирует взгляд, особенно на лице, деталях лица другого человека, не выносит прямого зрительного контакта «глаза в глаза»;
- первая улыбка хотя и появляется вовремя, но не адресуется кому-то конкретно, не провоцируется смехом, радостью, иными аффективными реакциями других людей;
- к окружающим аутичный ребенок относится индифферентно: на руки не просится, часто предпочитая находиться в кроватке, в манеже, в коляске и т.п., на руках не приспосабливается, не выбирает удобной позы, остается напряженным; позу готовности не проявляет или проявляет ее очень вяло; в то же время иногда легко идет на руки ко всем;
- своих близких аутичный ребенок узнает, но при этом достаточно насыщенной и продолжительной эмоциональной реакции не проявляет;
- к ласке ребенок с аутизмом относится необычно: иногда равнодушно (терпит ее) или даже неприязненно, но даже если испытывает приятные ощущения и переживания, то быстро пресыщается;
- отношение к моментам дискомфорта (например, нарушениям режима питания) парадоксальное: аутичный ребенок либо вообще их не переносит, либо безразличен к ним;
- потребности в контактах с другими людьми (даже близкими) также парадоксальны: в одних случаях ребенок не испытывает такой потребности или быстро пресыщается, стремится избегать контактов; в более тяжелых случаях к контакту (особенно к тактильному) относится безразлично, вяло.

Главной особенностью интеллектуального развития детей с аутизмом является неравномерность, парциальность развития. Особый характер парциальности заключается в том, что, справляясь с заданиями абстрактного характера, ребенок с трудом выполняет такое же по сложности задание с конкретным насыщением.

Также помимо аутистических нарушений у ребенка могут быть органическое поражение головного мозга и обусловленная им интеллектуальная недостаточность, чаще всего умеренная или тяжелая.

В любом случае следует относиться к оценке интеллектуальных возможностей аутичного ребенка очень осторожно, что связано с еще одной особенностью - неравномерностью развития отдельных интеллектуальных функций. Так, отличные вычислительные способности (ребенок легко складывает, вычитает, умножает) сочетаются с неспособностью понять смысл простой задачи, или, обладая хорошей ориентировкой в пространстве, ребенок не в состоянии правильно распределить при письме текст на листе бумаги.

Важно отметить, что аутизм - образование вторичное и, следовательно, легче, чем основной и первичный дефекты, поддается коррекционным воздействиям.

Неравномерность развития при аутизме также проявляется в особенностях моторики. Движения аутичных детей угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде. Нередко отдельные сложные движения ребенок выполняет успешнее, чем более легкие, иногда тонкая моторика развивается в отдельных своих проявлениях раньше, чем общая, а движение, свободно, точно и легко совершаемое в спонтанной активности, оказывается трудновыполнимым в произвольной деятельности.

Особенности речевого развития аутичных детей связаны с тем, что у них может проявляться: мутизм (отсутствие речи); эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом); большое количество слов-штампов и фраз-штампов, фонографичность («попугайность») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи; отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо); автономность речи; позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе - «он» или «ты», о других иногда «я»); нарушения семантики (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное - до буквальности - сужение толкований значений слов); неологизмы; нарушения грамматического строя речи; нарушения звукопроизношения, нарушения просодических компонентов речи. Данные нарушения, как правило, обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи, что накладывает весьма характерный отпечаток.

Стереотипность проявляется и в игре: очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребенок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами веревочку и

т.п.). Игрушки если и используются, то не по назначению. Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не лепит куличи, а просто пересыпает песок.

Очень рано появляются страхи, которые могут быть диффузными, неконкретными, на уровне общей тревоги и беспокойства, и дифференцированными, когда ребенок боится определенных предметов и явлений, причем перечень объектов страха поистине бесконечен: зонты, шум электроприборов, мягкие игрушки, собаки, все белое, машины, подземные переходы и др. Страхи различны по своей природе. Общей особенностью страхов при РДА вне зависимости от их содержания и происхождения являются их сила, стойкость, труднопреодолимость.

Еще одной особенностью внутреннего мира детей с аутизмом являются аутистические фантазии. Их основные черты - оторванность от реальности, слабая, неполная и искаженная связь с окружающим. Эти отличающиеся стойкостью фантазии как бы замещают реальные переживания и впечатления, нередко отражают страхи ребенка, его сверхпристрастия и сверхценные интересы, являются результатом осознания ребенком в той или иной мере своей несостоятельности, а иногда следствием нарушения сферы влечений и инстинктов.

Дети с аутизмом нуждаются в лечении, психолого-педагогической коррекции нарушений и, прежде всего, правильной воспитательной работе в семье. Диагностика РДА проводится с 3 - 4 лет, хотя ранние признаки заметны еще до года. Разработанная В.В. Лебединским, О.С. Никольской и др. программа постепенной реабилитации, обучения и воспитания детей с аутизмом приводит к значительному прогрессу в их развитии, коррекции страхов и агрессивного поведения. Б.Г. Кравцова, применяет активную арт-терапию в развитии детей с РДА.

### **Дети с умственной отсталостью**

**Умственная отсталость** – это стойкое необратимое нарушение психического (в первую очередь, интеллектуального) развития, связанное с органически обусловленным недоразвитием либо ранним повреждением головного мозга.

Умственная отсталость включает в себя две основные формы нарушений:

1) олигофрению, которая проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5-2 лет). Преобладающее большинство в полиморфной группе умственно отсталых составляют дети с олигофренией. По степени

выраженности интеллектуального недоразвития олигофрения в свою очередь делится на три группы:

- дебильность (легкая степень);
- имбецильность (средняя степень);
- идиотия (тяжелая степень).

2) деменцию, которая проявляется на более поздних этапах онтогенеза (после 2 лет).

**Умственная отсталость имеет различную этиологию.** Все причинные факторы, приводящие к умственной отсталости, условно можно разделить на две группы:

- 1) эндогенные (внутренние);
- 2) экзогенные (внешние).

К **эндогенным** причинам относятся:

1) *различные наследственные заболевания родителей.* По наследству, на генетическом уровне передается около 50 – 70% форм умственной отсталости;

2) *хромосомные нарушения.* В настоящее время установлено, что одной из частых причин умственной отсталости являются хромосомные нарушения, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом (хромосомные aberrации). Они составляют около 15% от всех случаев. Среди хромосомных аномалий чаще других встречается aberrация, вызывающая синдром Дауна;

3) *нарушения обмена веществ.* При большинстве наследственных нарушениях обмена имеет место поражение ЦНС, что приводит к возникновению так называемого сложного дефекта, т. е. к различным сочетаниям интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, с недоразвитием речи, нарушениями зрения, слуха, с эмоционально-поведенческими расстройствами. Часто встречается такой вид генетически обусловленного нарушения обмена, как фенилкетонурия. При этом заболевании врожденное отсутствие определенного фермента приводит к накоплению в организме токсических продуктов. С данными нарушениями связано возникновение тяжелых форм умственной отсталости.

К **экзогенным** причинам относятся:

- в *пренатальный (внутриутробный)* период:

- 1) хронические заболевания матери;
- 2) инфекционные болезни, перенесенные матерью в период беременности;

3) интоксикация, прием матерью во время беременности некоторых лекарственных препаратов;

4) курение, употребление алкоголя и наркотиков матерью.

- в *натальный (родовой)* период:

1) родовые травмы;

2) инфицирование плода;

3) асфиксия (удушье) плода.

- в *постнатальный период (после рождения, примерно до трехлетнего возраста)*:

1) остаточные явления после различных инфекционных и других заболеваний;

2) различные травмы головы;

3) интоксикации, перенесенные ребенком.

### Дети с ЗПР

С учетом этиологии различают 4 основных варианта задержки психического развития:

- ✓ конституционального происхождения;
- ✓ соматогенного происхождения;
- ✓ психогенного происхождения;
- ✓ церебрально – органического генеза.

К задержке психического развития **конституционального происхождения** относят психический и психофизический инфантилизм. Детям свойственен инфантильный тип телосложения, детская мимика и моторика, а также инфантильность психики. Эмоционально – волевая сфера этих детей как бы находится на уровне детей младшего возраста, а в поведении преобладают эмоциональные реакции, игровые интересы. Дети внушаемы и недостаточно самостоятельны. В игре они проявляют выдумку и сообразительность, однако очень быстро устают от учебной деятельности.

ЗПР **самотогенного** происхождения связана с длительными хроническими заболеваниями. Она характеризуется физической и психической астенией. У детей отмечается большая физическая и психическая истощаемость. У них формируются такие черты характера, как робость, боязливость, неуверенность в себе.

При ЗПР **психогенного** происхождения основными этиологическими факторами являются неблагоприятные условия воспитания. В случае раннего длительного воздействия психотравмирующего фактора у детей возникают

стойкие отклонения нервно – психической сферы, что обуславливает патологическое развитие личности. При этом варианте ЗПР преимущественно страдает эмоционально – волевая сфера. Так при педагогической запущенности, безнадзорности у ребенка формируется психическая неустойчивость, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности. При гиперопеке появляются эгоцентрические установки, эмоциональная холодность, неспособность к волевому усилию, к труду. При авторитарном, императивном воспитании, в психотравмирующих, жестоких для ребенка условиях наблюдается невротическое развитие личности, формируется робость, боязливость, отсутствие инициативы, самостоятельности.

Наиболее сложной и специфической формой является ЗПР **церебрально – органического генеза** (*минимальная мозговая дисфункция*). Этиология этой формы ЗПР связана с органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза. Конкретными причинами являются: патология беременности и родов, интоксикация, инфекции, травмы ЦНС в первые годы жизни ребенка. В отличие от олигофрении, ЗПР обусловлена более поздним повреждением мозга, когда уже начинает осуществляться дифференциация многих мозговых систем. При этой форме ЗПР, наряду с признаками замедления темпа развития, имеются и симптомы повреждения ЦНС (гидроцефалии, нарушений черепно – мозговой иннервации, выраженной вегето – сосудистой дистонии).