



«Задержка психического развития»

Задержка психического развития (ЗПР)

Темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

Задержка психического развития (ЗПР) представляет собой обратимые нарушения интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы, сопровождающиеся специфическими трудностями в обучении. Число лиц с задержкой психического развития достигает 15-16% в детской популяции. ЗПР является в большей степени психолого-педагогической категорией, однако в ее основе могут лежать органические нарушения, поэтому данное состояние также рассматривается медицинскими дисциплинами – прежде всего, педиатрией и детской неврологией.

Поскольку развитие различных психических функций у детей происходит неравномерно, обычно заключение «задержка психического развития» устанавливается детям-дошкольникам не ранее 4-5 лет, а на практике - чаще в процессе школьного обучения.

Причины ЗПР

1. Биологические факторы (негрубые органические повреждения ЦНС локального характера и их остаточные явления) вызывают нарушение созревания различных отделов головного мозга, что сопровождается парциальными нарушениями психического развития и деятельности ребенка.

Среди причин биологического характера, действующих в перинатальном периоде и вызывающих задержку психического развития, наибольшее значение имеют:

- патология беременности (тяжелые токсикозы, резус-конфликт, гипоксия плода и др.),
- внутриутробные инфекции,
- внутричерепные родовые травмы, и
- едоношенность,
- ядерная желтуха новорожденных, ФАС и т. д.,
- приводящие к так называемой перинатальной энцефалопатии.
- тяжелые соматические заболевания ребенка (гипотрофия, грипп, нейроинфекции, рахит),
- черепно-мозговые травмы,
- эпилепсия и эпилептическая энцефалопатия и др., возникающие в постнатальном периоде и раннем детском возрасте.

ЗПР иногда имеет наследственную природу и в некоторых семьях диагностируется из поколения в поколение.

2. Социальные факторы. Задержка психического развития может возникать под влиянием средовых (социальных) факторов, что однако не исключает наличие первоначальной органической основы нарушения. Чаще всего дети с ЗПР растут в условиях гипопеки (безнадзорности) или гиперопеки, авторитарного характера воспитания, социальной депривации, дефицита общения со сверстниками и взрослыми.

Задержка психического развития вторичного характера может развиваться при ранних нарушениях слуха и зрения, дефектах речи вследствие выраженного дефицита сенсорной информации и общения

Классификация (по К.С. Лебединской)

- 1) ЗПР конституционального генеза обусловлена замедлением созревания ЦНС. Характеризуется гармоническим психическим и психофизическим инфантилизмом. При психическом инфантилизме ребенок ведет себя, как более младший по возрасту; при психо-физическом инфантилизме страдает эмоционально-волевая сфера и физическое развитие. Антропометрические данные и поведение таких детей не соответствуют хронологическому возрасту. Они эмоционально лабильны, непосредственны, отличаются недостаточным объемом внимания и памяти. Даже в школьном возрасте у них преобладают игровые интересы.
- 2) ЗПР соматогенного генеза обусловлена тяжелыми и длительными соматическими заболеваниями ребенка в раннем возрасте, неизбежно задерживающими созревание и развитие ЦНС. В анамнезе детей с соматогенной задержкой психического развития часто встречаются бронхиальная астма, хроническая диспепсия, сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, пневмонии и др. Обычно такие дети долгое время лечатся в больницах, что вдобавок обуславливает еще и сенсорную депривацию. ЗПР соматогенного генеза проявляется астеническим синдромом, низкой работоспособностью ребенка, меньшим объемом памяти, поверхностным вниманием, плохой сформированностью навыков деятельности, гиперактивностью или заторможенностью при переутомлении.

- 3) ЗПР психогенного генеза обусловлена неблагоприятными социальными условиями, в которых пребывает ребенок (безнадзорностью, гиперопекой, жестоким обращением). Дефицит внимания к ребенку формирует психическую неустойчивость, импульсивность, отставание в интеллектуальном развитии. Повышенная забота воспитывает в ребенке безынициативность, эгоцентризм, безволие, отсутствие целеустремленности.
- 4) ЗПР церебрально-органического генеза встречается наиболее часто. Обусловлена первичным негрубым органическим поражением головного мозга. В этом случае нарушения могут затрагивать отдельные сферы психики либо мозаично проявляться в различных психических сферах. Задержка психического развития церебрально-органического генеза характеризуется несформированностью эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности: отсутствием живости и яркости эмоций, низким уровнем притязаний, выраженной внушаемостью, бедностью воображения, двигательной расторможенностью и т. п.

Характеристика детей с ЗПР

■ Интеллектуальная сфера

- Нарушения интеллекта у детей с задержкой психического развития носят легкий характер, однако затрагивают все интеллектуальные процессы: восприятие, внимание, память, мышление, речь.
- Восприятие у ребенка с ЗПР фрагментарно, замедленно, неточно. Отдельные анализаторы работают полноценно, однако ребенок испытывает трудности при формировании целостных образов окружающего мира. Лучше развито зрительное восприятие, хуже – слуховое, поэтому объяснение учебного материала детям с задержкой психического развития должно сочетаться с наглядной опорой.
- Внимание у детей с задержкой психического развития неустойчиво, кратковременно, поверхностно. Любые посторонние стимулы отвлекают ребенка и переключают внимание. Ситуации, связанные с концентрацией, сосредоточенностью на чем-либо, вызывают затруднения. В условиях переутомления и повышенного напряжения обнаруживаются признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания.
- Память у детей с задержкой психического развития характеризуется мозаичностью запоминания материала, слабой избирательностью, преобладанием наглядно-образной памяти над вербальной, низкой мыслительной активностью при воспроизведении информации.
- У детей с задержкой психического развития более сохранно наглядно-действенное мышление; более нарушенным оказывается образное мышление ввиду неточности восприятия. Абстрактно-логическое мышление невозможно без помощи взрослого. Дети с ЗПР испытывают трудности с анализом и синтезом, сравнением, обобщением; не могут упорядочить события, построить умозаключение, сформулировать выводы

■ Речевой статус

- Специфика речи у детей с задержкой психического развития отличается искажением артикуляции многих звуков, нарушением слуховой дифференциации, резким ограничением словарного запаса, трудностью произвольного контроля за грамматическим оформлением речи, затруднениями построения связного высказывания, речевой инактивностью. Наиболее часто ЗПР сочетается с задержкой речевого развития, полиморфной дислалией, нарушениями письменной речи (дисграфией и дислексией).

■ Эмоциональная сфера

- Личностная сфера у детей с задержкой психического развития характеризуется эмоциональной лабильностью, легкой сменой настроения, внушаемостью, безынициативностью, безволием, незрелостью личности в целом. Могут отмечаться аффективные реакции, агрессивность, конфликтность, повышенная тревожность. Дети с задержкой психического развития часто замкнуты, предпочитают играть в одиночку, не стремятся контактировать со сверстниками. Игровая деятельность детей с ЗПР отличается однообразием и стереотипностью, отсутствием развернутого сюжета, бедностью фантазии, несоблюдением игровых правил. Особенности моторики включают двигательную неловкость, недостаточную координацию, часто – гиперкинезы и тики.
- Особенностью задержки психического развития является то, что компенсация и обратимость нарушений возможны только в условиях специального обучения и воспитания.

Диагностика

- Задержка психического развития у может быть диагностирована только в результате всестороннего обследования ребенка психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) в составе детского психолога, логопеда, дефектолога, педиатра, детского невролога, психиатра и др. При этом производится:
 - сбор и изучение анамнеза, анализ условий жизни;
 - нейропсихологическое тестирование;
 - диагностическое обследование речи;
 - изучение медицинской документации ребенка;
 - беседа с ребенком, исследование интеллектуальных процессов и эмоционально-волевых качеств.
- На основании сведений о развитии ребенка члены ПМПК выносят заключения о наличии задержки психического развития, дают рекомендации по организации воспитания и обучения ребенка в условиях специальных образовательных учреждений.
- С целью выявления органического субстрата задержки психического развития ребенок нуждается в обследовании медицинских специалистов, прежде всего, педиатра и детского невролога. Инструментальная диагностика может включать проведение ЭЭГ, КТ и МРТ головного мозга ребенку и т. д. Дифференциальная диагностика задержки психического развития должна проводиться с олигофренией и аутизмом.

Основные направления коррекционной работы (СПЕЦ. ПЕДАГОГИКИ):

- 1. Совершенствование движений и сенсомоторного развития (развитие мелкой моторики пальцев, навыков каллиграфии).
- 2. Коррекция отдельных сторон психической деятельности
 - - развитие зрительного восприятия и узнавания
 - - развитие зрительной памяти и внимания;
 - - формирование обобщенных представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина);
 - - развитие пространственных представлений и ориентации;
 - - развитие представлений о времени;
 - - развитие слухового внимания и памяти;
 - - развитие фонетико-фонематических представлений, формирование навыков звукового анализа.
- 3. Развитие основных мыслительных операций:
 - - навыков соотносительного анализа;
 - - навыков группировки и классификации;
 - - умения работать по словесной и письменной инструкции, алгоритму;
 - - умения планировать деятельность;
 - - развитие комбинаторных способностей.
- 4. Развитие различных видов мышления:
 - - развитие наглядно-образного мышления;
 - - развитие словесно-логического мышления (умения видеть и устанавливать логические связи между предметами, явлениями и событиями).
- 5. Коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы детей.
- 6. Коррекция и развитие речи.
- 7. Совершенствование представлений об окружающем мире и обогащение словаря.
- 8. Коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Принципы коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР (СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА).

Психологические особенности детей с ЗПР приводят к их неуспеваемости в школе. Знания, приобретенные обучающимися с ЗПР в условиях общеобразовательной школы, не удовлетворяют требованиям школьной программы. Особенно слабо усвоенными (или вовсе не усвоенными) оказываются те разделы программы, которые требуют значительной умственной работы или последовательного многоступенчатого установления зависимости между изучаемыми объектами или явлениями. Следовательно, принцип систематичности обучения, предусматривающий усвоение детьми с ЗПР основ наук в виде системы знаний, умений и навыков, остается нереализованным. Столь же нереализованным остается для них и принцип сознательности и активности в обучении. Отдельные правила, положения, законы дети часто запоминают механически и поэтому не могут применить их при самостоятельной работе.

При выполнении письменных работ обнаруживаются весьма характерные для детей рассматриваемой категории просчеты в действиях, необходимых для правильного выполнения задания. Об этом свидетельствуют многочисленные исправления, производимые ребенком по ходу работы, большое количество ошибок, остающихся неисправленными, частое нарушение последовательности действий и опускания отдельных звеньев задания. Подобные недостатки во многих случаях можно объяснить импульсивностью таких учеников, недостаточной сформированностью их деятельности.

Низкий уровень учебных знаний служит доказательством малой продуктивности обучения детей данной группы в условиях общеобразовательной школы. Но поиск эффективных средств обучения необходимо вести не только в связи с разработкой приемов и методов работы, адекватных особенностям развития таких детей. Само содержание обучения должно приобрести коррекционную направленность.



Известно, что нормально развивающийся ребенок начинает овладевать умственными операциями и способами мыслительной деятельности уже в дошкольном возрасте. Несформированность этих операций и способов действий у детей с ЗПР приводит к тому, что даже в школьном возрасте они оказываются привязанными к конкретной ситуации, в силу чего приобретаемые знания остаются разрозненными, часто ограничиваются непосредственным чувственным опытом. Такие знания не обеспечивают развития детей в полном объеме. Лишь приведенные в единую логическую систему, они становятся основой умственного роста обучающегося и средством активизации познавательной деятельности.

Неотъемлемой частью коррекционного обучения детей с ЗПР является нормализация их деятельности, и в частности учебной, которая характеризуется крайней неорганизованностью, импульсивностью, низкой продуктивностью. Обучающиеся данной категории не умеют планировать свои действия, контролировать их; не руководствуются в своей деятельности конечной целью, часто “перескакивают” с одного на другое, не завершив начатое.

Нарушение деятельности детей с ЗПР – существенный компонент в структуре дефекта, он тормозит обучение и развитие ребенка. Нормализация деятельности составляет важную часть коррекционного обучения таких детей, которая осуществляется на всех уроках и во внеурочное время, но преодоление некоторых сторон этого нарушения может явиться содержанием специальных занятий.

Таким образом, целый ряд особенностей детей с ЗПР определяет общий подход к ребенку, специфику содержания и методов коррекционного обучения. При соблюдении специфических условий обучения дети этой категории способны овладеть учебным материалом значительной сложности, рассчитанным на нормально развивающихся обучающихся общеобразовательной школы. Это подтверждается опытом обучения детей в специальных классах и успешностью последующего обучения большинства из них в общеобразовательной школе.

Методы коррекции ЗПР

- «Музыкотерапия – один из видов арттерапии, направленный на профилактику, психокоррекцию личностных отклонений в развитии ребенка с проблемами, где музыка используется как вспомогательное средство, основное воздействие которого нацелено на регуляцию нарушений психосоматических и психоэмоциональных процессов, коррекцию рефлексивно-коммуникативной сферы ребенка»
- Таким образом, сущность данного метода состоит в следующем: пробуждение у детей эмоционального отклика на музыкальные произведения, и совместно с этим оказание эффективного лечебного воздействия на психические процессы детей, помимо этого, музыкотерапия восстанавливает и укрепляет силы ребёнка, раскрывает его внутренний потенциал и истинный интерес к окружающему миру.
- Существует две формы музыкотерапии – активная (когда дети активно выражают себя в музыке), и пассивная (рецептивная), когда детям предлагается просто прослушать музыку
- – в возрасте от 3 до 5 лет дети сосредотачиваются на звучании музыки только при использовании зрительной опоры (игрушек), действий с ними взрослого под музыку. Со временем дети включаются в совместное пение со взрослым. Однако в таком возрасте они все еще испытывают сложности в передаче в движениях темпа, формы музыкального произведения. Поэтому при помощи взрослого и с опорой на слова, они могут выполнять простые музыкально-ритмические движения или простые перестроения в пространстве.
- – дети в возрасте от 5 до 7 лет уже определяют средства музыкальной выразительности, соотносят ее содержание с окружающей действительностью, сравнивают, анализируют, делают выводы и высказывают свое отношение к музыке, определяют ее жанр. Так же в этом возрасте дети приобретают певческие навыки (распределяют дыхание, четко произносят текст, пропевают длинные звуки

■ Сюжетная игра «Наведи порядок»

■ Психолог демонстрирует картинки с изображением трех медведей и предлагает ребенку расставить их по росту. Далее психолог показывает конверт, достает письмо:

■ -Это письмо от медведей. Они пишут, что пока были в лесу, кто-то побывал и устроил беспорядок. Медведи не могут теперь разобраться, где чья кружка, ложка, тарелка, стул... и просят им помочь. Кто же приходил к медведям в дом? Поможем навести медведям порядок? Давай поступим так: у меня есть три обруча: большой, поменьше и самый маленький. В большой обруч мы поместим все вещи Михаила Потаповича. А в тот обруч, что поменьше, чьи вещи мы поместим? Как думаешь, куда нужно поместить Мишуткины вещи? А теперь давай наводить порядок.

■ Игра «Самый высокий, самый низкий»

■ Цель: составление сериационных рядов по высоте.

■ Оборудование: набор брусков разной высоты.

■ Содержание: ребенку предлагается разложить бруски по высоте, начиная самого высокого и заканчивая самым низким, а затем назвать их высоту в порядке возрастания (самый низкий, низкий, высокий, самый высокий).

Словарь.

- Моторика (лат. motus — движение) — двигательная активность организма или отдельных органов.
- Мышление — психический процесс моделирования закономерностей окружающего мира на основе аксиоматических положений.
- Социальная депривация (от лат. Deprivatio-потеря, лишение) -снижение или отсутствие у индивида возможности общаться с другими людьми, жить, функционально и культурно взаимодействуя с социумом.
- Инфантилизм (от лат. infantilis -детский) -незрелость в развитии, сохранение в поведении или физическом облике черт, присущих предшествующим возрастным этапам.
- ЗПР соматогенного происхождения – это вариант задержки психического развития. Он формируется после рождения из-за внешних особенностей воспитания и ослабленного физического здоровья ребенка.
- Дислалия — (греч. dys – нарушение + греч. lalia – речь) нарушение звукопроизношения.
- Дисграфия — это частичное нарушение процесса письма, проявляющееся в стойких, повторяющихся ошибках, обусловленных несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе письма.