

## Дети с задержкой психического развития

**Задержка психического развития (ЗПР)** - понятие, которое говорит не о стойком и необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пересыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи.

### Классификации ЗПР

К.С.Лебединская предложила медицинскую классификацию детей с ЗПР. Ею были выделены четыре основных варианта ЗПР:

1. Задержка психического развития конституционального происхождения. Причины: нарушения обмена веществ, специфика генотипа. Симптомы: задержка физического развития, становления статодинамических психомоторных функций (движения); интеллектуальные нарушения, эмоционально-личностная незрелость, проявляющаяся в аффектах (психические состояния, когда человек не может себя контролировать), нарушениях поведения.

2. Задержка психического развития соматогенного происхождения. Причины: длительные соматические заболевания, инфекции, аллергии. Симптомы: задержка психомоторного и речевого развития; интеллектуальные нарушения; невропатические расстройства, выражающиеся в замкнутости, робости, застенчивости, заниженной самооценки, эмоциональная незрелость.

3. Задержка психического развития психогенного происхождения. Причины: неблагоприятные условия воспитания на ранних этапах онтогенеза, травмирующая микросреда. Симптомы: несформированность произвольной регуляции деятельности и поведения; патологическое развитие личности; эмоциональные расстройства.

4. Задержка психического развития церебрально-органического генеза. Причины: точечное органическое поражение ЦНС остаточного характера, вследствие патологии беременности и родов, травм ЦНС и интоксикации. Симптомы: задержка психомоторного развития, интеллектуальные нарушения, органический инфантилизм.

Психологическая классификация детей с задержкой психологического развития выделяет три формы ЗПР в зависимости от их основания:

- 1) эмоциональная незрелость (психический инфантилизм);
- 2) низкий психический тонус (длительная астения - болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью)
- 3) нарушения познавательной деятельности, связанные со слабостью памяти, внимания, подвижности психических процессов.

Две первые формы задержки психического развития — наиболее легкие и преодолимые, а третья форма граничит с легкой степенью умственной отсталости.

### **Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР**

У детей с ЗПР в соматическом состоянии наблюдаются частые признаки задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста), запаздывает формирование ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности. У этих детей отмечаются особенности эмоционально-волевой сферы (её незрелость) и стойкие нарушения в познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей с ЗПР отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, характерны слабая воля и слабая заинтересованность в оценке их деятельности. Игра отличается бедностью воображения и творчества, монотонностью, однообразием. У этих детей низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости.

В познавательной деятельности наблюдаются: слабая память, неустойчивость внимания, медлительность психических процессов и их пониженная переключаемость. Для ребенка с ЗПР необходим более длительный период для приёма и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений.

Для детей с ЗПР характерны ограниченный (гораздо беднее, чем у нормально развивающихся детей того же возраста) запас общих сведений об окружающем, недостаточно сформированные пространственные и временные представления, бедный словарный запас, несформированность навыков интеллектуальной деятельности.

Незрелость функционального состояния ЦНС служит одной из причин того, что дети с ЗПР не готовы к школьному обучению к 7 годам. У них к этому времени, как правило, не сформированы основные мыслительные операции, они не умеют ориентироваться в заданиях, не планируют свою деятельность. Такой ребенок с трудом овладевает навыками чтения и письма,

часто смешивает буквы, сходные по начертанию, испытывает трудности при самостоятельном написании текста.

**Наиболее характерная особенность детей с ЗПР** (в отличие от нормально развивающихся детей и от детей с умственной отсталостью) - *несоответствие между уровнем наглядно-действенных операций и словесно-логического мышления*. Все задания, которые требуют привлечения логического мышления и объяснения, выполняются ими значительно хуже, чем нормально развивающимися детьми. При выполнении того же задания по наглядному образцу качество его выполнения улучшается.

Дети с ЗПР представляют собой неоднородную группу по уровню психофизиологического развития. У обследованных детей с ЗПР, как правило, проявляются следующие синдромы:

1) синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ);

2) синдром психического инфантилизма; К признакам психического инфантилизма относятся: несамостоятельность, повышенная внушаемость, наивность, преобладание в мотивационной сфере игровых интересов и гедонизма, стремление к удовольствию, что нередко приобретает характер основной мотивации, беспечность, трудности в выполнении прогностических функций (а порой и невозможность их выполнения), прогнозировании результатов своего поведения и поступков, незрелость чувства долга и ответственности, значительно уменьшенная способность подчинять свое поведение требованиям ситуации и группы, неспособность к волевому напряжению и преодолению трудностей

3) церебрастенический синдром характеризуется снижением работоспособности, нарушением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, а также головными болями, сильным истощением нервной системы и различными вегетативными проявлениями. Кроме того, отмечается увеличение продолжительности сна и сокращение времени бодрствования и двигательное беспокойство

4) психоорганический синдром. В наиболее лёгкой форме психоорганический синдром представляет собой астеническое состояние со слабостью, повышенной истощаемостью, неустойчивостью внимания, снижением работоспособности.

Перечисленные синдромы могут встречаться как изолированно, так и в разных комбинациях.

### **Особенности психики детей с ЗПР**

Особенности клинико-психологической картины органического инфантилизма в значительной мере связаны с преобладающим фоном

настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках эти дети непоседливы, не подчиняются требованиям дисциплины, в ответ на замечания дают обещание исправиться, но тут же об этом забывают. В беседе открыто и легко высказывают отрицательное отношение к учебе, не смущаясь, говорят, что учиться неинтересно и трудно, что они хотели гулять или играть.

Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к робости, боязливости страхам. Этот эмоциональный фон, а также всегда сопутствующие церебрастенические расстройства препятствуют формированию активности, инициативы, самостоятельности. И у этих детей преобладают игровые интересы. Они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако, на уроках ведут себя более правильно. Поэтому к врачу они нападают не в связи с нарушениями дисциплины, а из-за трудностей обучения. Нередко они тяжело переживают школьную несостоятельность. Возникающие невротические образования еще более тормозят развитие их самостоятельности, активности и личности в целом.

Дети с ЗПР испытывают затруднения в вербализации своих эмоций, состояний, настроения. Как правило, они не могут дать четкий и понятный сигнал о наступлении усталости, о нежелании выполнять задание, о дискомфорте и др. Это может происходить по нескольким причинам:

а) недостаточный опыт распознавания собственных эмоциональных переживаний не позволяет ребенку «узнать» состояние;

б) имеющийся у большинства детей с ЗПР негативный опыт взаимодействия со взрослым препятствует прямому и открытому переживанию своего настроения;

в) в тех случаях, когда собственное негативное переживание осознается и ребенок готов о нем сказать, часто ему не хватает для этого словарного запаса и элементарного умения формулировать свои мысли;

г) наконец, многие дети с ЗПР, особенно обусловленной педагогической запущенностью, развиваются вне культуры человеческих отношений и не имеют каких бы то ни было образцов эффективного информирования другого человека о своих переживаниях. Нормально развивающимся детям также свойственно недостаточное умение вербализовать свои переживания. Но у детей с ЗПР эта недостаточность выражена в еще большей степени.

2. Детям с ЗПР свойственна низкая степень устойчивости внимания, поэтому необходимо специально организовывать и направлять внимание детей.

3. Они нуждаются в большем количестве проб, чтобы освоить способ деятельности.

4. Задержка речевого развития часто является причиной того, что интуитивное понимание не всегда сопровождается адекватной вербализацией ребенком понимаемого, а в ряде случаев вербальное и невербальное поведение одного и того же ребенка существует как бы независимо друг от друга. Например, Кристина С., показывая на двух «злых» персонажей, заявила: «Я его боюсь». На прямой вопрос экспериментатора: «Ты боишься его потому, что он злой?» — девочка ответила: «Нет, он не злой».

5. Интеллектуальная недостаточность этих детей проявляется в том, что сложные инструкции им недоступны. Необходимо дробить задание на короткие отрезки и предъявлять ребенку поэтапно, формулируя задачу предельно четко и конкретно. Например, вместо инструкции «Составь рассказ по картинке» целесообразно сказать следующее: «Посмотри на эту картинку. Кто здесь нарисован? Что они делают? Что с ними происходит? Расскажи».

6. Высокая степень истощаемости детей с ЗПР может принимать форму как утомления, так и излишнего возбуждения. В любом случае происходит быстрая потеря интереса к работе и снижение работоспособности. Дети с ЗПР менее способны к мобилизации сил, чем нормально развивающиеся. Кроме того, такая мобилизация может привести к еще большему истощению. Поэтому нежелательно принуждать ребенка продолжать деятельность после наступления утомления. Однако многие дети с ЗПР легкой формы склонны манипулировать взрослыми, используя собственную утомляемость как предлог для избегания ситуаций, требующих от них произвольного поведения, целенаправленности, целесообразности действий, применения волевых усилий. От экспериментатора требуется известная доля проницательности и разумной настойчивости, чтобы отличить «симулянта» от действительно утомленного ребенка. С целью предотвращения излишнего утомления необходимо заранее разделить процедуру исследования на более или менее самостоятельные задания. Чтобы усталость не закрепилась у ребенка как негативный итог общения с психологом, обязательна церемония «прощания» с демонстрацией важного положительного итога работы. Это может быть фраза: «Смотри, сколько я сегодня про тебя написала — целую страницу!» Или: «Ты сегодня очень хорошо рассказывал, мне понравилось, я тебя снова приглашу. Ты согласен?» и т.п. В среднем длительность одного

этапа диагностической процедуры для одного ребенка не превышала 10 минут.

7. В отличие от нормально развивающихся дошкольников, которые любят заниматься и часто сами просят «дать им задание», дети с ЗПР интереса к учебным занятиям почти не проявляют. Некоторые прямо заявляют: «Я не люблю заниматься!» Поэтому для ребенка с ЗПР нецелесообразно представлять диагностическую процедуру как занятие или испытание. Желательно предлагать это как игру. Очень успешным оказался опыт предъявления диагностических заданий в качестве попытки лучше узнать ребенка. Фразы вроде «Мне очень нравится с тобой разговаривать», «Мне сказали, что только ты можешь мне помочь», «Я собираюсь написать про тебя книгу» воспринимаются детьми с ЗПР не критично и, как правило, приводят к тому, что ребенок начинает сам стремиться к установлению контакта с экспериментатором. Возможным объяснением этой особенности детей с ЗПР является тот факт, что большинство из них живут в условиях дефицита родительского тепла и любое проявление искреннего интереса к личности такого ребенка ценится им особенно высоко, так как оказывается одним из немногих источников чувства собственной значимости, необходимого для формирования позитивного восприятия себя и других.