МОСКОВСКАЯ ОТКРЫТАЯ СОЦИАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ

Коррекционно-педагогический факультет

Курсовая работа

Тема: Психологические особенности детей с задержкой психического развития дошкольного возраста.

Выполнил:

Группа

Регистр. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил

Оценка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Москва, 2009 г.

Содержание

Введение

Глава I. Общая характеристика детей с задержкой психического развития

Глава II. Психологические особенности детей с задержкой психического развития дошкольного возраста

Заключение

Библиография

Введение

Изучение закономерностей аномалий развития психики является необходимой задачей не только патопсихологии, но и дефектологии и детской психиатрии, именно поиск этих закономерностей, изучение причин и механизмов формирования того или иного дефекта психического развития позволяют своевременно диагностировать нарушения и искать способы их коррекции.

Спектр нарушений психического развития у детей достаточно широк, но значительно чаще среди них встречается задержка психического развития.

В отечественной коррекционной педагогике понятие «задержка психического развития» является психолого-педагогическим, относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций.

По данным отечественных и зарубежных авторов, в детской популяции выделяется от 6 до 11% детей с задержкой психического развития различного генеза.

В младенческом возрасте задержка в психическом развитии проявляется в замедленном темпе развития сенсомоторных функций, в вялости или, наоборот, в повышенном беспокойстве ребенка. В дошкольном возрасте родители и педагоги нередко обращают внимание на недоразвитие речи у детей, позднее формирование навыков опрятности, самостоятельности. Однако обычно задержка психического развития диагностируется специалистами у детей к окончанию дошкольного возраста или лишь при поступлении в школу. Наиболее наглядно она проявляется у детей в снижении общего запаса знаний, в ограниченности представлений об окружающем, в выраженных нарушениях внимания и памяти. Дети плохо успевают в школе, педагоги жалуются на их поведение и слабую интеллектуальную продуктивность. И если к подростковому возрасту, задержка психического развития не устранена, она находит отражение в личностной незрелости, в повышенной аффективности и нередко в девиантном поведении.

Психолого-педагогическое изучение возможностей психического развития детей с задержкой психического развития, по мнению В.И. Лубовского, “важнейшей своей целью должно иметь не только установление факта отставания в развитии, но и раскрытие своеобразия проявлений этого отставания” (8).

В настоящее время достигнуты большие успехи в клиническом и психолого-педагогическом изучении детей с задержкой психического развития. Но, не смотря на это, проблема задержки психического развития и трудностей обучения данных детей выступает как одна из наиболее актуальных психолого-педагогических проблем.

Исходя из выше сказанного, определим цель, задачи, предмет, метод и структуру изучения данной проблемы.

Цель: теоретически изучить и проанализировать психологические особенности детей с задержкой психического развития.

Объектом данной работы является задержка психического развития

Предмет: психологические особенности детей с задержкой психического развития.

Задачи: раскрытие сущности основных понятий;

выявление состояния вопроса о задержке психического развития в литературе;

формулировка вывода, опираясь на теоретический анализ литературы.

Метод: анализ общей и специальной психолого-педагогической и методической литературы по теме.

Структура: курсовая состоит: из введения, глав I, II, заключения и списка литературы.

Глава I. 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.

В психолого-педагогической, а также медицинской литературе используются другие подходы к рассматриваемой категории учащихся: «дети с пониженной обучаемостью», «отстающие в учении», «нервные дети». Однако критерии, на основании которых выделяются названные группы, не противоречат пониманию природы задержки психического развития. В соответствии с одним социально- педагогическим подходом таких детей называют «дети группы риска» (Г.Ф. Кумарина).

История изучения.

Проблема слабовыраженных отклонений в психическом развитии возникла и приобрела особое значение, как в зарубежной, так и в отечественной науке лишь в середине XX в., когда вследствие бурного развития различных областей науки и техники и усложнения программ общеобразовательных школ появилось большое число детей, испытывающих трудности в обучении. Педагоги и психологи придавали большое значение анализу причин этой неуспеваемости. Достаточно часто она объяснялась умственной отсталостью, что сопровождалось направлением таких детей во вспомогательные школы, которые появились в России в 1908 - 1910 гг.

Однако при клиническом обследовании все чаще у многих из детей, которые плохо усваивали программу общеобразовательной школы, не удавалось обнаружить специфических особенностей, присущих умственной отсталости. В 50 - 60-х гг. эта проблема приобрела особую значимость, в результате чего под руководством М.С.Певзнер, ученицы Л.С.Выготского, специалиста в области клиники умственной отсталости, было начато разностороннее исследование причин неуспеваемости. Резкое увеличение неуспеваемости на фоне усложнения программ обучения заставило ее предположить существование каких-то форм психической недостаточности, проявляющихся в условиях повышенных учебных требований. Комплексное клинико-психолого-педагогическое обследование стойко неуспевающих учеников из школ различных регионов страны и анализ огромного массива данных лег в основу сформулированных представлений о детях с задержкой психического развития (ЗПР).

Так появилась новая категория аномальных детей, не подлежащих направлению во вспомогательную школу и составляющих значительную часть (около 50%) неуспевающих учеников общеобразовательной системы обучения. Работа М.С.Певзнер «Дети с отклонениями в развитии: отграничение олигофрении от сходных состояний» (1966) и книга «Учителю о детях с отклонениями в развитии», написанная совместно с Т. А. Власовой (1967), являются первыми в ряду психолого-педагогических публикаций, посвященных изучению и коррекции ЗПР.

Таким образом, проведение комплекса исследований этой аномалии развития, начатое в НИИ дефектологии АПН СССР в 1960-х гг. под руководством Т.А.Власовой и М.С.Певзнер, было продиктовано насущными потребностями жизни: с одной стороны, необходимостью установления причин неуспеваемости в массовых школах и поисков способов борьбы с нею, с другой - потребностью дальнейшей дифференциации умственной отсталости и других клинических нарушений познавательной деятельности.

Комплексные психолого-педагогические исследования детей с диагностированной ЗПР в течение последующих 15 лет позволили накопить большое количество данных, характеризующих своеобразие психического развития детей данной категории. По всем изучаемым показателям психосоциального развития дети данной категории качественно отличаются от других дизонтогенетических расстройств, с одной стороны, и от «нормального» развития - с другой, занимая по уровню психического развития промежуточное положение между умственно отсталыми и нормально развивающимися сверстниками. Так, по уровню интеллектуального развития, диагностируемого с помощью теста Векслера, дети с ЗПР часто оказываются в зоне так называемой пограничной умственной отсталости (IQ от 70 до 90 условных единиц).

По Международной классификации ЗПР определяется как «общее расстройство психологического развития».

В зарубежной литературе дети с ЗПР рассматриваются либо с чисто педагогических позиций и обычно описываются как дети с трудностями в обучении, либо определяются как неприспособленные, преимущественно вследствие неблагоприятных условий жизни, педагогически запушенные, подвергнувшиеся социальной и культурной депривации. К этой группе детей относят также детей с нарушением поведения. Другие авторы, согласно представлениям о том, что отставание в развитии, проявляющееся в трудностях обучения, связано с резидуальными (остаточными) органическими повреждениями мозга, детей данной категории называют детьми с минимальными мозговыми повреждениями или детьми с минимальной (легкой) мозговой дисфункцией. Для описания детей со специфическими парциальными трудностями в обучении широко используется термин «дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью» - синдром СДВГ.

Несмотря на достаточно большую разнородность, относящихся к данному типу дизонтогенетических расстройств, им можно дать следующее определение.

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.

При своевременном оказании системы коррекционно-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи возможно частичное, а иногда и полное преодоление данного отклонения в развитии.

Для психической сферы ребенка с ЗПР типичным является сочетание дефицитарных функций с сохранными. Парциальная (частичная) дефицитарность высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка. При этом в отдельных случаях у ребенка страдает работоспособность, в других случаях - произвольность в организации деятельности, в третьих - мотивация к различным видам познавательной деятельности и т. д.

Задержка психического развития у детей является сложным полиморфным нарушением, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности.

Для того чтобы понять, что является первичным нарушением в структуре данного отклонения, необходимо вспомнить структурно-функциональную модель работы мозга (по А. Р. Лурия). В соответствии с данной моделью выделяются три блока - энергетический, блок приема, переработки и хранения информации и блок программирования, регуляции и контроля. Слаженная работа указанных трех блоков обеспечивает интегративную деятельность мозга и постоянное взаимообогащение всех его функциональных систем.

Известно, что в детском возрасте функциональные системы с коротким временным периодом развития в большей степени обнаруживают тенденцию к повреждению. Это характерно, в частности, для систем продолговатого и срединного мозга. Признаки же функциональной незрелости проявляют системы с более длительным постнатальным периодом развития - третичные поля анализаторов и формации лобной области. Поскольку функциональные системы мозга созревают гетерохронно, то патогенный фактор, который воздействует на разных этапах пренатального или раннего постнатального периода развития ребенка, может вызвать сложное сочетание симптомов, как негрубого повреждения, так и функциональной незрелости различных отделов коры головного мозга.

Подкорковые системы обеспечивают оптимальный энергетический тонус коры головного мозга и регулируют ее активность. При нефункциональной или органической неполноценности у детей возникают нейродинамические расстройства - лабильность (неустойчивость) и истощаемость психического тонуса, нарушение концентрированности, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения, явления вегето-сосудистой дистонии, обменно-трофические нарушения, аффективные расстройства. (10)

Третичные поля анализаторов относятся к блоку получения, переработки и xpaнения информации, поступающей из внешней и внутренней среды. Морфо-функциональное неблагополучие этих областей приводит к дефицитарности модально-специфических функций, к которым относятся праксис, гнозис, речь, зрительная и слуховая память.

Формации лобной области относятся к блоку программирования, регуляции и контроля. Совместно с третичными зонами анализаторов они осуществляют сложную интегративную деятельность мозга - организуют совместное участие различных функциональных подсистем мозга для построения и реализации наиболее сложных психических операций, познавательной деятельности и сознательного поведения. Незрелость этих функций приводит к возникновению у детей психического инфантилизма, несформированности произвольных форм психической деятельности, к нарушениям межанализаторных корко-корковых и корко-подкорковых связей.

Структурно-функциональный анализ показывает, что при ЗПР могут быть первично нарушены как отдельные вышеназванные структуры, так и их основные функции в различных сочетаниях. При этом глубина повреждений и (или) степень незрелости может быть различной. Именно этим и определяется многообразие психических проявлений, встречающееся у детей с ЗПР. Разнообразные вторичные наслоения еще более усиливают внутригрупповую дисперсию в рамках данной категории.

Причины задержки психического развития.

Причины задержки психического развития многообразны. Факторы риска возникновения у ребенка ЗПР условно можно разделить на основные группы: биологические и социальные.

Среди биологических факторов выделяются две группы: медико-биологические и наследственные.

К медико-биологическим причинам относятся ранние органические поражения центральной нервной системы. У большинства детей в анамнезе наблюдается отягощенный перинатальный период, связанный прежде всего с неблагополучным течением беременности и родов.

По данным нейрофизиологов активный рост и созревание мозга человека формируется во второй половине беременности и первые 20 недель после рождения. Этот же период является критическим, так как структуры ЦНС становятся наиболее чувствительными к патогенным влияниям, задерживающим рост и препятствующим активному развитию мозга.

К факторам риска внутриутробной патологии можно отнести:

- пожилой или очень юный возраст матери,

- отягощенность матери хронической соматической или акушерской патологией до или во время беременности.

Все это может проявляться в низкой массе тела ребенка при рождении, в синдромах повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, в нарушениях сна и бодрствования, в повышенном мышечном тонусе в первые недели жизни.

Нередко ЗПР может быть обусловлена инфекционными заболеваниями в младенческом возрасте, черепно-мозговыми травмами, тяжелыми соматическими заболеваниями.

Ряд авторов выделяют наследственные факторы ЗПР, к которым относятся врожденная и в том числе наследственная неполноценность центральной нервной системы ребенка. Нередко она наблюдается у детей с задержкой церебрально-органического генеза, с минимальными мозговыми дисфункциями. Например, по данным клиницистов, 37% больных с диагнозом ММД имеют братьев и сестер, двоюродных родственников, а также родителей с признаками ММД. Кроме того, 30% детей с локомоторными дефектами и 70% детей с речевыми дефектами имеют родственников с аналогичными нарушениями по женской или мужской линии.

В литературе подчеркивается преобладание мальчиков среди больных с ЗПР, что можно объяснить рядом причин:

- более высокой уязвимостью плода мужского пола по отношению к патологическим воздействиям в периоды беременности и родов;

- относительно меньшей степенью функциональной межполушарной асимметрии у девочек по сравнению с мальчиками, что обусловливает больший резерв компенсаторных возможностей при поражении систем мозга, обеспечивающих высшую психическую деятельность.

Вместе с тем многие авторы подчеркивают, что наряду с биологическими (ранним органическим поражением ЦНС и генетической предрасположенностью) важную роль в формировании ЗПР у детей играют социально-психологические факторы.

Наиболее часто в литературе встречаются указания на следующие неблагоприятные психосоциальные условия, усугубляющие задержку психического развития у детей. Это:

- нежеланная беременность;

- одинокая мать или воспитание в неполных семьях;

- частые конфликты и несогласованность подходов к воспитанию;

- наличие криминального окружения;

- низкий уровень образованности родителей;

- проживание в условиях недостаточной материальной обеспеченности и неблагополучного быта;

- факторы большого города: шум, длительная дорога на работу и домой, неблагоприятные экологические факторы.

Другие авторы выделяют психологические факторы, предрасполагающие ребенка к формированию ЗПР. К ним относятся:

- особенности и типы семейного воспитания;

- ранняя психическая и социальная депривация ребенка;

- пролонгированные стрессовые ситуации, в которых находится ребенок, и др.

Однако важную роль в развитии ЗПР играет сочетание биологических и социальных факторов. Например, неблагоприятная социальная среда (вне- и внутрисемейная) провоцирует и усугубляют влияние резидуально-органических и наследственных факторов на интеллектуальное и эмоциональное развитие ребенка.

Показатели частоты задержки психического развития у детей неоднородны. Например, по данным Министерства образования России (1997), среди первоклассников свыше 60% относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Из них около 35% составляют те, у кого уже в младших группах детского сада были обнаружены очевидные расстройства нервно-психической сферы.

Число учащихся начальной школы, не справляющихся с требованиями стандартной школьной программы, за последние 20 лет возросло в 2-2,5 раза, достигнув 30% и более. По данным медицинской статистики, ухудшение состояния здоровья учащихся за 10 лет обучения (в 1994 году здоровыми были признаны лишь 15% детей школьного возраста) становится одной из причин трудностей их адаптации к школьным нагрузкам. Напряженный режим школьной жизни приводит к резкому ухудшению соматического и психоневрологического здоровья ослабленного ребенка.

Частота распространенности задержки психического развития, по данным клиницистов, колеблется от 2 до 20% в популяции, по некоторым данным, она доходит до 47%.

Такой разброс обусловлен прежде всего отсутствием единых методологических подходов к формулировке диагноза ЗПР. С введением комплексной медико-психологической системы диагностики ЗПР показатели ее распространенности ограничиваются 3-5% среди детского населения. (5;6)

Клинико-психологические особенности детей с задержкой психического развития.

Клинические характеристики задержки психического развития.

В клинической и психолого-педагогической литературе представлено несколько классификаций ЗПР.

Выдающийся детский психиатр Г. Е. Сухарева, изучая детей, страдающих стойкой школьной неуспеваемостью, подчеркивала, что диагностируемые у них нарушения необходимо отличать от легких форм умственной отсталости. Кроме того, как отмечала автор, задержку психического развития не следует отождествлять с задержкой темпа психического развития. Задержка психического развития - это более стойкая интеллектуальная недостаточность, в то время как задержка темпа психического развития представляет собой обратимое состояние. Основываясь на этиологическом критерии, то есть причинах возникновения ЗПР, Г. Е. Сухарева выделяла следующие ее формы:

интеллектуальная недостаточность в связи с неблагоприятными условиями среды, воспитания или патологией поведения;

интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;

интеллектуальные нарушения при различных формах инфантилизма;

вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражениями слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;

5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы. (25)

Исследования М. С. Певзнер и Т.А.Власовой позволили выделить две основные формы задержки психического развития

задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально- волевой сферы)

задержку психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. (18)

В. В. Ковалев выделяет четыре основных формы ЗПР. (5)

Это:

дизонтогенетическая форма ЗПР, при которой недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка;

энцефалопатическая форма ЗПР, в основе которой лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;

ЗПР в связи с недоразвитием анализаторов (слепота, глухота, недоразвитие речи и пр.), обусловленная действием механизма сенсорной депривации;

ЗПР, вызванная дефектами воспитания и информационным дефицитом с раннего детства (педагогической запущенностью).

Внутри каждой формы автор выделяет различные варианты (см. табл.).

Таблица. Классификация форм пограничных форм интеллектуальной недостаточности по В.В. Ковалеву

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма | Состояния | Причины |
| Дизонтогенетические формы | Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма  Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности  Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью | Следствие нарушения созревания наиболее молодых структур головного мозга, главным образом системы лобной коры, и их связей.  Этиологические факторы:  Конституционно-генетические; внутриутробная интоксикация; легкая форма родовой патологии; токсико-инфекционные воздействия в первые годы жизни |
| Энцефалопатические  формы | Цереброастенические синдромы с запаздыванием школьных навыков. Психоорганический синдром с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций  Органическая интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличахПсихоорганический синдром с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций |  |
|  | Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии |  |
| Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств | Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости  Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве | Сенсорная депривация  Замедленное и искаженное развитие познавательных процессов в связи с дефицитом анализаторов (зрение и слух), которым принадлежет ведущая роль в познании окружающего мира |
| Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность) |  | Психическая незрелость родителей. Психические заболевания у родителей. Неадекватные стили семейного воспитания |

Классификация В.В. Ковалева имеет большое значение в диагностике детей и подростков с ЗПР. Однако необходимо учитывать, что автор рассматривает проблему ЗПР не как самостоятельную нозологическую группу, а как синдром при многообразных формах дизонтогенеза (детский церебральный паралич, нарушение речи и пр.).

Наиболее информативной для психологов и педагогов является классификация К.С. Лебединской. На основе комплексного клинико-психолого-педагогического изучения неуспевающих младших школьников автор разработала клиническую систематику задержки психического развития.

Так же как и классификация В.В. Ковалева, классификация К.С. Лебединской строится исходя из этиологического принципа и включает четыре основных варианта задержки психического развития: (6)

- задержку психического развития конституционального происхождения;

- задержку психического развития соматогенного происхождения;

- задержку психического развития психогенного происхождения;

- задержку психического развития церебрально-органического генеза.

Каждый из этих типов ЗПР имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности и нередко осложнен рядом болезненных признаков - соматических, энцефалопатических, неврологических. Во многих случаях эти болезненные признаки нельзя расценивать только как осложняющие, так как они играют существенную патогенетическую роль в формировании самой ЗПР.

Представленные клинические типы наиболее стойких форм ЗПР в основном отличаются друг от друга именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: структурой инфантилизма и особенностями развития психических функций.

Клинико-психологогические характеристики детей с задержкой психического развития

- задержка психического развития конституционального происхождения

Задержка психического развития конституционального происхождения диагностируется у детей с проявлениями психического и психофизического инфантилизма. В психологической литературе под ним подразумевается отсталость развития, проявляющаяся сохранением во взрослом состоянии физического строения или черт характера, присущих детскому возрасту.

Распространенность психического инфантилизма, по данным некоторых авторов, составляет 1,6% среди детской популяции.

Его причинами чаще всего являются относительно легкие поражения головного мозга: инфекционные, токсические и другие, включая травмы и асфиксию плода.

В клинической практике выделяются две формы психического инфантилизма: простой и осложненный. В дальнейших исследованиях были выделены четыре его основных варианта: гармонический (простой), дисгармонический, органический и психогенный инфантилизм.

Гармонический (простой) инфантилизм проявляется в равномерной задержке темпа физического и психического развития личности, выражающееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, влияющей на поведение ребенка и его социальную адаптацию. Название «гармонический инфантилизм» было предложено Г.Е.Сухаревой. (25; 26)

Его клиническая картина характеризуется чертами незрелости, «детскости» в соматическом и психическом облике. Дети по росту и физическому развитию отстают от своих сверстников на 1,5-2 года, для них характерны живая мимика, выразительная жестикуляция, быстрые, порывистые движения. На первый план выступает неутомимость в игре и быстрая утомляемость при выполнении практических заданий. Особенно быстро им надоедают однообразные задания, требующие удержания сосредоточенного внимания довольно продолжительное время (рисование, счет, чтение, письмо). При полноценном интеллекте отмечаются недостаточно выраженные интересы к занятиям по письму, чтению, счету.

Детям свойственны слабая способность к умственному напряжению, повышенная подражательность, внушаемость. Однако к 6-7 годам ребенок уже достаточно хорошо понимает и регулирует свое поведение в зависимости от необходимости выполнить ту или иную работу.

Дети с инфантильными чертами поведения несамостоятельны и некритичны к своему поведению. На уроках «выключаются» и не выполняют задания. Могут плакать по пустякам, но быстро успокаиваются при переключении внимания на игру или на что-то, доставляющее им удовольствие. Любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации.

Дисгармонический инфантилизм может быть связан с эндокринными заболеваниями. Так, при недостаточной выработке гормона надпочечников и гормонов половых желез в возрасте 12-13 лет может быть задержка полового созревания как у мальчиков, так и у девочек. При этом формируются своеобразные особенности психики подростка, характерные для так называемого гипогенитального инфантилизма. Чаще черты незрелости проявляются у мальчиков. Подростки медлительны, быстро устают, работоспособность очень неровная - выше в первой половине дня. Обнаруживается снижение памяти. Внимание быстро рассеивается, поэтому ученик делает много ошибок. Интересы у подростков с гипогенитальной формой инфантилизма своеобразны: так, мальчики больше увлекаются спокойными занятиями. Двигательные навыки и умения развиты недостаточно, они неуклюжи, медлительны и неповоротливы. Эти дети с хорошим интеллектом, отличаются большой эрудицией, однако они не всегда могут использовать свои знания на занятиях, так как бывают очень рассеянны и невнимательны. Склонны к бесплодным рассуждениям на любые темы. Очень обидчивы, болезненно переживают свои неудачи в учебе и трудности в общении со сверстниками. Лучше себя чувствую в обществе взрослых, где слывут эрудитами. Признаки гипогенитального инфантилизма во внешнем облике подростка - не высокий рост, полнота, «лунообразное» лицо, писклявый голос.

К эндокринным формам инфантилизма относится также гипофизарный нанизм (карликовость). У таких детей наблюдается сочетание признаков незрелой детской психики с чертами старообразности, педантизма, склонности к рассуждениям и поучительству. Школьная неуспеваемость нередко является следствием слабости волевого усилия, медлительности, расстройства внимания и логической памяти. Ребенок не может на длительное время сосредоточиться, отвлекается, что часто приводит к ошибкам в заданиях. Медленно усваивает новый материал, но, усвоив его, хорошо оперирует правилами, таблицей умножения, в достаточном темпе читает, обладает неплохой механической памятью. Дети, страдающие гипофизарным нанизмом, проявляют некоторую несамостоятельность, требуют опеки старших. Иногда у таких детей возникают нежелательные реакции: стойкое понижение настроения, нарушение сна, ограничение общения со сверстниками, снижение успеваемости, отказ посещать школу. Если такое состояние не проходит через небольшой промежуток времени, необходимо обратиться к психоневрологу.

Невропатический вариант осложненного инфантилизма характеризуется наличием слабых черт психики. Обычно эти дети очень робкие, боязливые, несамостоятельные, чрезмерно привязанные к матери, трудно адаптируемые в детско-воспитательных учреждениях. Такие дети с рождения засыпают с большим трудом, имея беспокойный сон. Робкие, застенчивые по характеру, они трудно привыкают к детскому коллективу. На занятиях очень пассивны, не отвечают на вопросы при посторонних. В своих интеллектуальных способностях подчас опережают своих сверстников, однако проявлять свои знания не умеют - в ответах чувствуется неуверенность, что ухудшает представление педагога об их истинных знаниях. У таких детей нередко отмечается страх устного ответа. Их работоспособность быстро истощаема. Инфантильность также проявляется в полной практической неприспособленности. Моторика отмечается угловатостью и медлительностью.

На фоне указанных черт психики могут возникнуть так называемые школьные неврозы. Ребенок с большим нежеланием посещает школу. Любое соматическое заболевание встречает с радостью, так как появляется возможность остаться дома. Это не лень, а боязнь отрыва от привычной обстановки, матери. Трудность адаптации к школе приводит к снижению усвояемости учебного материала, ухудшаются память и внимание. Ребенок становится вялым и рассеянным.

Психогенный инфантилизм, как особый вариант инфантилизма, в отечественной психиатрии и психологии изучен недостаточно. Этот вариант рассматривается как выражение аномального формирования личности в условиях неправильного воспитания. (5) Бывает обычно в семьях, где один ребенок, которого опекают несколько взрослых. Это часто препятствует развитию у ребенка самостоятельности, воли, умения, а затем и желания преодолеть малейшие трудности.

При нормальном интеллектуальном развитии такой ребенок учится неровно, так как не приучен трудиться, не хочет самостоятельно выполнять и проверять задания.

Адаптация в коллективе этой категории детей затруднена из-за таких черт характера, как эгоизм, противопоставление себя классу, что приводит не только к конфликтным ситуациям, но и к развитию у ребенка невротического состояния.

Особо следует выделить детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы из-за длительного нахождения в условиях дефицита информации не только интеллектуальной, но и очень часто эмоциональной. Неблагоприятные условия воспитания (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности и т. д.) обусловливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте. Л.С. Выготский неоднократно подчеркивал, что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития, под которой понимается отношение между ребенком и окружающей его социальной действительностью. (2; 3) В неблагополучных семьях ребенок испытывает дефицит общения. Эта проблема со всей остротой встает в школьном возрасте в связи со школьной адаптацией. При сохранном интеллекте эти дети не могут самостоятельно организовывать свою деятельность: испытывают трудности в планировании и вычленении ее этапов, им недоступна адекватная оценка результатов. Отмечается выраженное нарушение внимания, импульсивность, отсутствие заинтересованности в улучшении своих показателей. Особую трудность вызывают задания, когда необходимо их выполнять по словесной инструкции. С одной стороны, испытывают повышенную утомляемость, а с другой - очень раздражительны, склонны к аффективным вспышкам и конфликтам.

При соответствующем обучении дети с инфантилизмом способны получить среднее или неполное среднее образования, им доступно профессиональное образование, средне специальное и даже высшее. Однако при наличии неблагоприятных средовых факторов возможна отрицательная динамика, особенно при осложненном инфантилизме, что может проявляться в психической и социальной дезадаптации детей и подростков.

Итак, если оценивать динамику психического развития детей с инфантилизмом в целом, то она преимущественно благоприятна. Как показывает опыт, проявление выраженной личностной эмоционально-волевой незрелости с возрастом имеет тенденцию к редуцированию.

- задержка психического развития соматогенного происхождения

Причинами данного типа задержки психического развития являются различные хронические заболевания, инфекции, детские неврозы, врожденные и приобретенные пороки развития соматической системы. При этой форме ЗПР у детей может присутствовать стойкое астеническое проявление, которое снижает не только физический статус, но и психологическое равновесие ребенка. Детям присуща боязливость, стеснительность, неуверенность в себе. Дети этой категории ЗПР мало общаются со сверстниками из-за опеки родителей, которые стараются оградить своих детей от лишнего, на их взгляд, общения, поэтому у них занижен порог межличностных связей. При этом виде ЗПР дети нуждаются в лечении в специальных санаториях. Дальнейшее становление и обучение этих, детей зависит от их состояния здоровья.

- задержка психического развития психогенного происхождения

Ее появление обусловлено неблагоприятными условиями воспитания и обучения, которые препятствуют правильному формированию личности ребенка. Речь идет о так называемом социальном генезе, когда неблагоприятные условия социальной среды возникают очень рано, длительно воздействуют, травмируя психику ребенка, сопровождаясь психосоматическими расстройствами, вегетативными нарушениями. К. С. Лебединская подчеркивает, что данный тип задержки психического развития следует отличать от педагогической запущенности, которая во многом обусловлена недостатками процесса обучения ребенка в детском саду или школе. (6)

Развитие личности ребенка с задержкой психического развития психогенного происхождения идет по основным трем вариантам.

Первый вариант - психическая неустойчивость, возникающая как следствие гипоопеки. Ребенок воспитывается в условиях безнадзорности. Недостатки воспитания проявляются в отсутствии чувства долга, ответственности, адекватных форм социального поведения, когда, например, в трудных ситуациях ему не удается справляться с аффектом. Семья в целом не стимулирует психическое развитие ребенка, не поддерживает его познавательные интересы. На фоне недостаточных знаний и представлений об окружающей действительности, что препятствует усвоению школьных знаний, у этих детей проявляются черты патологической незрелости эмоциональной и волевой сфер: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость.

Второй вариант - при котором выражена гиперопека - изнеживающее воспитание, когда ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности, добросовестности. Часто это случается с поздно родившимися детьми. На фоне психогенного инфантилизма, помимо неспособности к волевому усилию, у ребенка характерными становятся эгоцентризм, нежелание систематически трудиться, установка на постоянную помощь, желание всегда быть опекаемым.

Третий вариант - неустойчивый стиль воспитания с элементами эмоционального и физического насилия в семье. Его возникновение провоцируют сами родители, грубо и жестоко обращающиеся с ребенком. Один или оба родителя могут быть деспотичны, агрессивны по отношению к собственному сыну или дочери. На фоне таких внутрисемейных отношений постепенно формируются патологические черты личности ребенка с задержкой психического развития: робость, боязливость, тревожность, нерешительность, недостаточная самостоятельность, безынициативность, лживость, изворотливость и, нередко, нечувствительность к чужому горю, что приводит к значительным проблемам социализации.

- задержка психического развития церебрально-органического генеза. Последний среди рассматриваемых тип задержки психического развития занимает основное место в границах данного отклонения. Он встречается у детей наиболее часто и он же вызывает у детей наиболее выраженные нарушения в их эмоционально-волевой и познавательной деятельности в целом.

При этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциальной поврежденности ряда психических функций. Ею выделяются два основных клинико-психологических варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза.

При первом варианте преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма. Если и отмечается энцефалопатическая симптоматика, то она представлена негрубыми церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами. Высшие психические функции при этом недостаточно сформированы, истощаемы и дефицитарны в звене контроля произвольной деятельности.

При втором варианте доминируют симптомы поврежденности: «являются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций и тяжелые нейродинамические расстройства (инертность, склонность к персеверациям). Регуляция психической деятельности ребенка нарушена не только в сфере контроля, но и в области программирования познавательной деятельности. Это приводит к низкому уровню овладения всеми видами произвольной деятельности. У ребенка задерживается формирование предметно-манипуля-тивной, речевой, игровой, продуктивной и учебной деятельности.

Прогноз задержки психического развития церебрально-органического генеза в значительной степени зависит от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики его развития. Как отмечает И.Ф. Марковская, при преобладании общих нейродинамических расстройств прогноз достаточно благоприятен. (11) При их сочетании с выраженной дефицитарностью отдельных корковых функций необходима массированная психолого-педагогическая коррекция, осуществляемая в условиях специализированного детского сада. Первичные стойкие и обширные расстройства программирования, контроля и инициирования произвольных видов психической деятельности требуют отграничения их от умственной отсталости и других серьезных психических расстройств.

Дифференциальная диагностика задержки психического развития и сходных с ней состояний

Вопросами дифференциальной диагностики задержки психического развития и сходных с ней состояний занимались многие отечественные ученые (М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева, И. А. Юркова, В. И. Лубовский, С. Д. Забрамная, Е. М. Мастюкова, Г. Б. Шаумаров, О. Монкявичене, К. Новакова и другие).

На ранних этапах развтия ребенка трудность представляет разграничение случаев грубого речевого недоразвития, моторной алалии, олигофрении, мутизма и задержки речевого развития.

Особенно важно различать умственную отсталость и ЗПР церебрально- органического генеза, поскольку в том и другом случае у детей отмечаются недостатки познавательной деятельности в целом и выраженная дифицитарность модально- спецефических функций.

Остановимся на основных отличительных признаках, значимых для разграничения задержки психического развития и умственной отсталости.

1. Для нарушений познавательной деятельности при ЗПР характерны парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. При умственной отсталости отмечается тотальность и иерархичность нарушений психической деятельности ребенка. Ряд авторов используют для характеристики умственной отсталости такое определение как «диффузное, разлитое повреждение» коры головного мозга.

2. В сравнении с умственно отсталыми детьми у детей с ЗПР гораздо выше потенциальные возможности развития их познавательной деятельности, и в особенности высших форм мышления - обобщения, сравнения, анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования. Однако нужно помнить, что некоторые дети с ЗПР, как и их умственно отсталые сверстники, затрудняются в установлении причинно-следственных зависимостей и имеют несовершенные функции обобщения.

3. Для развития всех форм мыслительной деятельности детей с ЗПР характерна скачкообразность ее динамики. В то время как у умственно отсталых детей данный феномен экспериментально не выявлен.

В отличие от умственной отсталости, при которой страдают собственно мыслительные функции - обобщение, сравнение, анализ, синтез, - при задержке психического развития страдают предпосылки интеллектуальной деятельности. К ним относятся такие психические процессы как внимание, восприятие, сфера образов-представлений, зрительно-двигательная координация, фонематический слух и другие.

При обследовании детей с ЗПР в комфортных для них условиях и в процессе целенаправленного воспитания и обучения дети способны к плодотворному сотрудничеству со взрослым. Они хорошо принимают помощь взрослого и даже помощь более продвинутого сверстника. Эта поддержка еще более эффективна, если она оказывается в форме игровых заданий и ориентирована на непроизвольный интерес ребенка к осуществляемым видам деятельности.

Игровое предъявление заданий повышает продуктивность деятельности детей с ЗПР, в то время как для умственно отсталых дошкольников оно может служить поводом для непроизвольного соскальзывания ребенка с выполнения задания. Особенно часто это происходит, если предлагаемое задание находится на пределе возможностей умственно отсталого ребенка.

У детей с ЗПР имеется интерес к предметно-манипулятивной и игровой деятельности. Игровая деятельность детей с ЗПР, в отличие от таковой у умственно отсталых дошкольников, носит более эмоциональный характер. Мотивы определяются целями деятельности, правильно выбираются способы достижения цели, но содержание игры не развернуто. В ней отсутствует собственный замысел, воображение, умение представить ситуацию в умственном плане. В отличие от нормально развивающихся дошкольников дети с ЗПР не переходят без специального обучения на уровень сюжетно-ролевой игры, а «застревают» на уровне сюжетной игры. Вместе с тем их умственно отсталые сверстники остаются на уровне предметно-игровых действий.

Для детей с ЗПР характерна большая яркость эмоций, которая позволяет им более длительное время сосредоточиваться на выполнении заданий, вызывающих их непосредственный интерес. При этом, чем больше ребенок заинтересован в выполнении задания, тем выше результаты его деятельности. Подобный феномен не отмечается у умственно отсталых детей. Эмоциональная сфера умственно отсталых дошкольников не развита, а чрезмерно игровое предъявление заданий (в том числе в ходе диагностического обследования), как уже упоминалось, часто отвлекает ребенка от решения самого задания и затрудняет достижение цели.

Большинство детей с ЗПР дошкольного возраста в различной степени владеют изобразительной деятельностью. У умственно отсталых дошкольников без специального обучения изобразительная деятельность не возникает. Такой ребенок останавливается на уровне предпосылок предметных изображений, т. е. на уровне черкания. В лучшем случае у отдельных детей отмечаются графические штампы - схематичные изображения домиков, «головоногие» изображения человека, буквы, цифры, хаотично разбросанные по плоскости листа бумаги.

В соматическом облике детей с ЗПР в основном отсутствует диспластичность. В то время как у умственно отсталых дошкольников она наблюдается достаточно часто.

В неврологическом статусе детей с ЗПР обычно не отмечается грубых органических проявлений, что типично для умственно отсталых дошкольников. Однако и у детей с задержкой можно увидеть неврологическую микросимптоматику: выраженную на висках и переносице венозную сеточку, легкую асимметрию лицевой иннервации, гипотрофию отдельных частей языка с его девиацией вправо или влево, оживление сухожильных и периостальных рефлексов.

Патологическая наследственная отягощенность более типична для анамнеза умственно отсталых детей и практически не отмечается у детей с задержкой психического развития.

Безусловно, это не все отличительные признаки, учитываемые при разграничении ЗПР и умственной отсталости. Не все они одинаковы по своей значимости. Однако знание этих вышеупомянутых признаков позволяет достаточно четко дифференцировать оба рассматриваемых состояния.

Иногда приходится дифференцировать задержку психического развития и легкую степень органической деменции. При ЗПР нет такой разлаженности деятельности, личностного распада, грубой некритичности и полного выпадения функций, которые отмечаются у детей с органической деменцией, что и является дифференциальным признаком.

Особые трудности представляет разграничение задержки психического развития и тяжелых нарушений речи коркового генеза (моторная и сенсорная алалия, ранние детские афазии). Эти трудности обусловлены тем, что при обоих состояниях имеются похожие внешние признаки и следует выделить первичный дефект — речевое ли это нарушение или интеллектуальная недостаточность. Это сложно, так как и речь, и интеллект относятся к познавательной сфере деятельности человека. Кроме того, они в своем развитии неразрывно связаны между собой. Еще в трудах Л. С. Выготского при указании на возраст 2,5-3 года говорится, что именно в этот период «речь становится осмысленной, а мышление – речевым». (2; 3)

Поэтому, если патогенный фактор воздействует в эти сроки, он всегда затрагивает обе названные сферы познавательной деятельности ребенка. Но и на ранних стадиях развития ребенка первичное поражение может задержать или нарушить ход становления познавательной деятельности в целом.

Для дифференциальной диагностики важно знать, что ребенок с моторной алалией, в отличие от ребенка с ЗПР, отличается крайне низкой речевой активностью. При попытке вступить с ним в контакт он часто проявляет негативизм. Кроме того, нужно помнить, что при моторной алалии более всего страдают звукопроизношение и фразовая речь, а возможности усвоения норм родного языка стойко нарушены. Коммуникативные трудности у ребенка все более нарастают по мере того, как с возрастом речевая деятельность требует все большей автоматизации речевого процесса. (13)

Сложности для диагностики представляет разграничение ЗПР и аутизма. У ребенка с ранним детским аутизмом (РДА), как правило, нарушены все формы довербального, невербального и вербального общения. От ребенка с ЗПР такой малыш отличается маловыразительной мимикой, отсутствием зрительного контакта («глаза в глаза») с собеседником, чрезмерной пугливостью и страхом новизны. Кроме того, в действиях детей с РДА наблюдается патологическое застревание на стереотипных движениях, отказ от действий с игрушками, неготовность к сотрудничеству со взрослыми и детьми.

Вывод. Задержка психического развития (ЗПР) - одна из наиболее распространенных форм психических нарушений. Это нарушение нормального темпа психического развития. Термин «задержка» подчеркивает временной характер нарушения, то есть уровень психофизического развития в целом может не соответствовать паспортному возрасту ребенка.(1)

Конкретные проявления ЗПР у ребенка зависят от причин и времени ее возникновения, степени деформации пострадавшей функции, ее значения в общей системе психического развития.

Таким образом, можно выделить следующие наиболее важные группы причин, которые могут обусловить ЗПР:

- причины биологического характера, препятствующие нормальному и своевременному созреванию мозга;

- общий дефицит общения с окружающими, вызывающий задержку в усвоении ребенком общественного опыта;

- отсутствие полноценной, соответствующей возрасту деятельности, дающей ребенку возможность посильного «присвоения» общественного опыта, своевременного формирования внутренних психических действий;

- социальная депривация, препятствующая своевременному психическому развитию.

Все отклонения у таких детей со стороны нервной системы отличаются изменчивостью и диффузностью и носят временной характер. В отличие от умственной отсталости, при ЗПР имеет место обратимость интеллектуального дефекта.

В данном определении отражаются как биологические, так и социальные факторы возникновения и развертывания такого состояния, при котором затруднено полноценное развитие организма, задерживается становление личностно развитого индивидуума и неоднозначно складывается формирование социально зрелой личности.

Глава II. Психологические особенности детей с задержкой психического развития дошкольного возраста

Важной особенностью дошкольников с задержкой психического развития является то, что чем более ранний возраст мы рассматриваем, тем менее сформированы психические процессы, меньше дифференцирована психическая деятельность, в результате чего обнаруживается много сходных проявлений отставания в развитии при таких близких по причинам возникновения недостатков, как задержка психического развития, легкая степень умственной отсталости, общее недоразвитие речи, а иногда и глубокая педагогическая запущенность (социально-культурная депривация). При трех первых недостатках причиной часто являются слабо выраженные повреждения, дисфункции мозга. В отличие от умственной отсталости повреждения носят парциальный характер и значительно менее выражены.

При социально-культурной депривации, в наибольшей степени обнаруживающейся у детей-сирот, проведших все свое детство в доме ребенка и дошкольном детском доме, отставание в развитии, даже при отсутствии органического повреждения мозга, возникает вследствие крайне недостаточной внешней стимуляции созревающего мозга. Отставание в развитии, обусловленное обстоятельствами такого рода, обычно определяется как педагогическая запущенность.

Количественная и качественная выраженность этой неблагоприятности может быть разной, а, следовательно, отставание в развитии может быть как слабо выраженным, так и проявляющимся в форме задержки психического развития (т.е. довольно стойкого, хотя и временного отставания в формировании всех важнейших психических функций).

Слабая выраженность резидуальной органической или функциональной недостаточности (в сравнении с умственной отсталостью) является благоприятной почвой для коррекции, особенно при создании условий, максимально стимулирующих развитие. И чем раньше такие условия создаются, тем успешнее корригируются недостатки развития, преодолевается отставание.

Выделить задержки психического развития в дошкольном возрасте - задача достаточно сложная из-за сходных с наблюдаемыми при умственной отсталости проявлениями отставания в развитии разных функций и неравномерности темпа психического развития разных функций.

Можно дать обобщенную характеристику задержки психического развития:

Поведение этих детей соответствует более младшему возрасту (менее активны, безынициативны, у них слабо выражены познавательные интересы, проявляющиеся в бесконечных вопросах нормально развивающихся дошкольников);

Значительно отстают они и по сформированности регуляции и саморегуляции поведения, в результате чего не могут хотя бы относительно долго сосредоточиться на каком-либо одном занятии;

Ведущая деятельность (игровая) у них тоже еще недостаточно сформирована;

Отмечается недоразвитие эмоционально-волевой сферы, которое проявляется в примитивности эмоций и их неустойчивости: дети легко переходят от смеха к слезам и наоборот;

Отставание детей в речевом развитии проявляется в ограниченности словаря, недостаточной сформированности грамматического строя, наличии у многих из них недостатков произношения и звукоразличения, а также в низкой речевой активности.

Восприятие

Ряд авторов отмечают у детей с задержкой психического развития трудности в выделении фигуры на фоне, затруднения при различении близких по форме фигур и при необходимости вычленить детали рассматриваемого объекта, недостатки восприятия глубины пространства, что затрудняет детям определение удаленности предметов, и в целом недостатки зрительно-пространственной ориентировки. Особые трудности обнаруживаются в восприятии расположения отдельных элементов в сложных изображениях. Наблюдаются затруднения в опознании зрительно воспринимаемых реальных объектов и изображений, связанные с этими недостатками. Позднее, когда начинается обучение чтению, недостатки восприятия проявляются в смешении близких по очертаниям букв и их элементов.

Описанные недостатки восприятия связаны не с первичными сенсорными дефектами, а выступают на уровне сложных сенсорно-перцептивных функций, т.е. являются следствием несформированности аналитико-синтетической деятельности в зрительной системе, и особенно в тех случаях, когда в зрительном восприятии участвуют другие анализаторы, прежде всего двигательный. Именно поэтому наиболее значительное отставание наблюдается у дошкольников с задержкой психического развития в пространственном восприятии, которое основано на интеграции зрительных и двигательных ощущений.

Еще большее отставание прослеживается в формировании интеграции зрительно-слуховой, которая имеет важнейшее значение при обучении грамоте. Каких-либо трудностей в восприятии простых слуховых воздействий не наблюдается. Имеются некоторые затруднения в дифференциации речевых звуков (что говорит о недостатках фонематического слуха), наиболее отчетливо выступающие в сложных условиях: при быстром произнесении слов, в многосложных и близких по произношению словах. Дети испытывают трудности при выделении звуков в слове. Эти затруднения, отражающие недостаточность аналитико-синтетической деятельности в звуковом анализаторе, обнаруживаются при обучении детей грамоте.

Значительно больше проявляется отставание в развитии осязательного восприятия. Наблюдаемые трудности связаны не только с недостаточностью межсенсорных связей, т.е. с комплексным характером осязательного восприятия, но и с недоразвитием тактильной и двигательной чувствительности в отдельности. Отставание в развитии двигательных ощущений проявляется в неточности и несоразмерности движений, оставляющих впечатление двигательной неловкости детей, а также в трудностях воспроизведения, например, поз их руки, устанавливаемых взрослым. В ходе возрастного развития недостаточность восприятии преодолевается, при этом тем быстрее, чем более осознанными они становятся. Быстрее преодолевается отставание в развитии зрительного восприятия и слухового. Медленнее развивается осязательное восприятие.

Причины нарушения восприятия:

Низкая скорость приема и переработки информации (ограничение этой скорости в разной степени выступает при всех недостатках развития и является общей закономерностью аномального развития).

Несформированность перцептивных действий, т.е. тех преобразований сенсорной информации (объединение отдельных ее элементов, их сопоставление и т.д.), которые ведут к созданию целостного образа объекта.

Несформированность у дошкольников с задержкой психического развития ориентировочной деятельности (они не умеют рассматривать то, на что направлен их взгляд, и вслушиваться в то, что звучит в данный момент, будь то речь или какие-то другие звуки).

Недостатки развития моторики у дошкольников описываемой категории обнаруживаются на разных уровнях нервной и нервно-психической организации. Результатом функциональной недостаточности, проявлением слабо выраженной резидуальной органики являются имеющие место у всех детей двигательная неловкость и недостаточная координация, проявляющиеся даже в таких автоматизированных движениях, как ходьба, бег. У многих детей наряду с плохой координацией движений наблюдаются гиперкинезы - чрезмерная двигательная активность в форме неадекватной, чрезмерной силы или амплитуды движений. У некоторых детей наблюдаются хореиформные движения (мышечные подергивания). В некоторых случаях, но значительно реже, напротив, двигательная активность значительно снижена по отношению к нормальному уровню.

В наибольшей мере отставание в развитии двигательной сферы проявляется в области психомоторики - произвольных осознанных движений, направленных на достижение определенной цели. Дефекты координации движений, в которых участвуют группы мышц обеих половин тела, в значительной мере могут быть связаны с отставанием в латерализации функций, т.е. в выделении ведущего полушария мозга. Было показано, что незавершенность латерализации отмечается у многих младших школьников с задержкой психического развития.

Недостатки моторики неблагоприятно сказываются на развитии изобразительной деятельности детей, обнаруживаясь в трудностях проведения простых линий, выполнении мелких деталей рисунка, а в дальнейшем - в трудностях овладения письмом. Все сказанное говорит о необходимости специальных занятий по развитию моторики этих детей в дошкольном возрасте.

Недостатки внимания как сосредоточения деятельности субъекта на каком-либо объекте отмечаются всеми исследователями в качестве характерного признака задержки психического развития. В той или иной мере они присутствуют у детей, относящихся к разным клиническим формам задержки психического развития. Проявления недостаточности внимания у дошкольников с задержкой психического развития обнаруживаются уже при наблюдении за особенностями восприятия ими окружающих предметов и явлений. Дети плохо сосредоточиваются на одном объекте, их внимание неустойчиво. Эта неустойчивость проявляется и в любой другой деятельности, которой занимаются дети.

Недостатки внимания детей с задержкой психического развития в значительной мере связаны с низкой работоспособностью, повышенной истощаемостью, которые особенно характерны для детей с органической недостаточностью центральной нервной системы.

Отклонения в развитии памяти являются характерными для задержки психического развития как специфического вида дизонтогенеза. Отличительной особенностью недостатков памяти при ЗПР является то, что могут страдать лишь отдельные ее виды при сохранности других.

При целенаправленной коррекционной работе, в частности, по формированию специальных приемов запоминания, развитию познавательной активности и саморегуляции возможно существенное улучшение мнестической деятельности при ЗПР.

Мышление

Одна из психологических особенностей детей с ЗПР состоит в том, что у них наблюдается отставание в развитии всех форм мышления. Это отставание обнаруживается в наибольшей степени во время решения задач, предполагающих использование словесно-логического мышления. Менее всего у них отстает в развитии наглядно-действенное мышление. Дети с задержкой психического развития, обучающиеся в специальных школах или специальных классах, к IV классу начинают решать задачи наглядно-действенного характера на уровне их нормально развивающихся сверстников. Что касается заданий, связанных с использованием словесно-логического мышления, то они решаются детьми рассматриваемой группы на гораздо более низком уровне. Такое значительное отставание в развитии мыслительных процессов убедительно говорит о необходимости проводить специальную педагогическую работу с целью формирования у детей интеллектуальных операций, развития навыков умственной деятельности и стимуляции интеллектуальной активности.

Речевое развитие

Для детей с ЗПР характерно запоздалое появление первых слов и первых фраз. Затем отмечается замедленное расширение словаря и овладение грамматическим строем, в результате отстает формирование эмпирических языковых обобщений. Нередко имеются недостатки произношения и различения отдельных звуков. Нельзя не отметить недостаточную отчетливость, «смазанность» речи большинства этих дошкольников. Имея в виду их крайне низкую речевую активность, можно предположить, что эта нечеткость речи связана с малой подвижностью артикуляционного аппарата вследствие недостаточной речевой практики.

Для этих детей очень резко выражено расхождение между объемом активного и пассивного словаря, особенно в отношении прилагательных, отсутствие в их речи многих слов, обозначающих свойства предметов и явлений окружающего мира, неточное употребление слов, часто с расширенным значением, крайняя ограниченность слов, обозначающих общие понятия, трудности активизации словарного запаса. К старшему дошкольному возрасту бытовая речь этих детей почти не отличается от характерной для нормально развивающихся сверстников. Отставание в формировании контекстной речи, как в целом отставание в речевом развитии, является у детей рассматриваемой категории вторичным дефектом, следствием недостаточности аналитико-синтетической деятельности, низкого уровня познавательной и собственно речевой активности, несформированности мыслительных операций. Оно проявляется не только в недостатках экспрессивной речи, но и в трудностях понимания детьми некоторых грамматических конструкций. Большие трудности испытывают дети в понимании отношений, передаваемых формами творительного падежа, атрибутивных конструкций родительного падежа, структур с необычным порядком слов, сравнительных конструкций. Значительные затруднения вызывает у них понимание некоторых форм выражения пространственных отношений.

Еще одна особенность - отсутствие познавательного отношения к речи, характерное для нормально развивающихся старших дошкольников. Речевой поток выступает как нечто целое, они не умеют членить его на слова, тем более они не в состоянии вычленять отдельные звуки в слове.

Есть дети, отставание в речевом развитии которых проявляется незначительно, но есть и такие, у которых оно выражено особенно сильно, и их речь приближается к характерной для умственно отсталых, которым такие задания, как рассказ по сюжетной картинке или на заданную тему, вообще недоступны. В этих случаях можно предположить наличие сложного дефекта - сочетания задержки психического развития и первичного нарушения речевого развития.

Игра является ведущей деятельностью ребенка дошкольного возраста. Как и в ведущей деятельности любого периода психического развития, в ней сконцентрированы наиболее существенные для данного периода проявления психической активности. Именно поэтому особенности игры детей с задержкой психического развития дают важный материал для характеристики этого состояния.

Если охарактеризовать игру детей с задержкой психического развития в самом общем плане, то ей свойственны однообразие, отсутствие творчества, бедность воображения, недостаточная эмоциональность, низкая по сравнению с наблюдаемой в норме активность детей. Игра отличается отсутствием развернутого сюжета, недостаточной координированностью действий участников, нечетким разделением ролей и столь же нечетким соблюдением игровых правил. Эти особенности у нормально развивающихся детей наблюдаются в младшем дошкольном возрасте. Дети описываемой категории вообще самостоятельно не начинают таких игр.

Игровые действия детей бедны и невыразительны, что является следствием схематичности, недостаточности представлений детей о реальной действительности и действиях взрослых. Недостаточность представлений, естественно, ограничивает и задерживает развитие воображения, имеющего важное значение в формировании сюжетно-ролевой игры.

Бедность игровых действий сочетается с низкой эмоциональностью игрового поведения и несформированностью действий замещения. В редких случаях использования какого-то предмета в качестве заместителя (например, палочки в качестве термометра при игре «в больницу») он приобретал застойно фиксированное значение и не использовался в других ситуациях в другом качестве. Следует сказать, что и в целом игра детей с задержкой психического развития носит стереотипный, нетворческий характер.

Недостаточная эмоциональность дошкольников описываемой категории проявляется и в их отношении к игрушкам. В отличие от нормально развивающихся детей у них обычно нет любимых игрушек. (24)

У дошкольников с задержкой психического развития наблюдается отставание в развитии эмоций, наиболее выраженными проявлениями которого являются эмоциональная неустойчивость, лабильность, легкость смены настроений и контрастных проявлений эмоций. Они легко и, с точки зрения наблюдателя, часто немотивированно переходят от смеха к плачу и наоборот.

Отмечается нетолерантность к фрустрирующим ситуациям. Незначительный повод может вызвать эмоциональное возбуждение и даже резкую аффективную реакцию, неадекватную ситуации. Такой ребенок то проявляет доброжелательность по отношению к другим, то вдруг становится злым и агрессивным. При этом агрессия направляется не на действие личности, а на саму личность.

Нередко у дошкольников с задержкой психического развития отмечается состояние беспокойства, тревожность.

В отличие от нормально развивающихся детей дошкольники с задержкой психического развития фактически не нуждаются во взаимодействии со сверстниками.

Играть они предпочитают в одиночку. У них не отмечается выраженных привязанностей к кому-либо, эмоциональных предпочтений кого-то из сверстников, т.е. не выделяются друзья, межличностные отношения неустойчивы.

Взаимодействие носит ситуативный характер. Дети предпочитают общение со взрослыми или с детьми старше себя, но и в этих случаях не проявляют значительной активности.

Трудности, которые встречают дети при выполнении заданий, часто вызывают у них резкие эмоциональные реакции, аффективные вспышки. Такие реакции возникают не только в ответ на действительные трудности, но и вследствие ожидания затруднений, боязни неудачи. Эта боязнь значительно снижает продуктивность детей в решении интеллектуальных задач и приводит к формированию у них заниженной самооценки. Недоразвитие эмоциональной сферы проявляется в худшем по сравнению с нормально развивающимися детьми понимании эмоций как чужих, так и собственных. Успешно опознаются только конкретные эмоции. Собственные простые эмоциональные состояния опознаются хуже, чем эмоции изображенных на картинах персонажей. Вместе с тем следует отметить, что дети с задержкой психического развития достаточно успешно выделяют на картинах причины эмоциональных состояний персонажей, что оказывается недоступным умственно отсталым дошкольникам.

Личность

Личностные особенности отчетливо проявляются у детей дошкольного возраста с ЗПР в процессе игровой деятельности: одни быстро становятся вялыми, пассивными, притихшими, бесцельно смотрят в окно, стремятся к уединению, а другие проявляют постоянный интерес к игре с другими детьми, который сопровождается излишними эмоциональными и поведенческими реакциями. Эти дети, как правило, очень обидчивы и вспыльчивы, часто без достаточных оснований могут нагрубить, обидеть, проявить жестокость. Наблюдение за этими детьми в повседневных условиях позволило сделать выводы о наличии тенденции возникновения у них «порочного» стиля общения в семье, со сверстниками, обусловливающего закрепление негативных черт характера. С дошкольного возраста у них начинают складываться индивидуализм, необъективность, агрессивность или, наоборот, чрезмерная покорность и приспособленчество.

Наличие проблем в общении с близкими взрослыми у дошкольников с задержкой психического развития провоцирует возникновение патологических черт характера, которые выражаются в их тревожности, неуверенности, безынициативности, отсутствии любознательности.

М. С. Певзнер в своих клинико-психологических исследованиях сделала вывод, что при различных вариантах задержки психического развития у детей выраженными остаются инфантильные черты психики, обусловливая имеющееся разнообразие эмоциональных и поведенческих реакций ребенка. В учебных ситуациях он способен выполнять лишь то, что связано с его личностными интересами. Сохраняющаяся «детская непосредственность» объясняется замедленным созреванием лобных и лобно-диэнцефальных структур головного мозга. (18)

Общение

В специальной психологии изучение особенностей общения детей с задержкой психического развития связано с вопросами социализации. Проблемы их взаимопонимания и взаимодействия с окружающими людьми могут рассматриваться в контексте представлений о дизонтогенезе общения лиц с нарушением интеллекта. К началу школьного возраста у них отмечается недостаток знаний и умений в сфере межличностных отношений, не сформированы необходимые представления об индивидуальных особенностях сверстников и взрослых, страдает языковое оформление высказывания, произвольная регуляция эмоциональных и поведенческих проявлений.

Таким образом, можно сделать вывод, что особенностью детей с задержкой психического развития является неравномерность (мозаичность) нарушений различных психических функций. Дети дошкольного возраста с задержкой психического развития характеризуются недостаточным развитием восприятия, неспособностью концентрировать внимание на существенных (главных) признаках объектов. Логическое мышление у таких детей может быть более сохранным по сравнению с памятью. Отмечается отставание в речевом развитии. У детей отсутствует патологическая инертность психических процессов. Такие дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие сходные ситуации. С помощью взрослого дети с задержкой психического развития могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне, хотя и в замедленном темпе. Отмечается характерная для них импульсивность действий, недостаточная выраженность ориентировочного этапа, целенаправленности, низкая продуктивность деятельности.

Игровые действия детей бедны и невыразительны, что является следствием схематичности, недостаточности представлений детей о реальной действительности и действиях взрослых. Недостаточность представлений, естественно, ограничивает и задерживает развитие воображения, имеющего важное значение в формировании сюжетно-ролевой игры. Дети с задержкой психического развития отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью, они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны резкие колебания настроения. На первый план в развитии таких детей выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик.

Заключение

Задержка психического развития (ЗПР) - одна из наиболее распространенных форм психических нарушений. Это нарушение нормального темпа психического развития. Термин «задержка» подчеркивает временной характер нарушения, то есть уровень психофизического развития в целом может не соответствовать паспортному возрасту ребенка.(1)

Конкретные проявления ЗПР у ребенка зависят от причин и времени ее возникновения, степени деформации пострадавшей функции, ее значения в общей системе психического развития.

Таким образом, можно выделить следующие наиболее важные группы причин, которые могут обусловить ЗПР:

- причины биологического характера, препятствующие нормальному и своевременному созреванию мозга;

- общий дефицит общения с окружающими, вызывающий задержку в усвоении ребенком общественного опыта;

- отсутствие полноценной, соответствующей возрасту деятельности, дающей ребенку возможность посильного «присвоения» общественного опыта, своевременного формирования внутренних психических действий;

- социальная депривация, препятствующая своевременному психическому развитию.

Все отклонения у таких детей со стороны нервной системы отличаются изменчивостью и диффузностью и носят временной характер. В отличие от умственной отсталости, при ЗПР имеет место обратимость интеллектуального дефекта.

В данном определении отражаются как биологические, так и социальные факторы возникновения и развертывания такого состояния, при котором затруднено полноценное развитие организма, задерживается становление личностно развитого индивидуума и неоднозначно складывается формирование социально зрелой личности.

Особенностью детей с задержкой психического развития является неравномерность (мозаичность) нарушений различных психических функций. Дети дошкольного возраста с задержкой психического развития характеризуются недостаточным развитием восприятия, неспособностью концентрировать внимание на существенных (главных) признаках объектов. Логическое мышление у таких детей может быть более сохранным по сравнению с памятью. Отмечается отставание в речевом развитии. У детей отсутствует патологическая инертность психических процессов. Такие дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие сходные ситуации. С помощью взрослого дети с задержкой психического развития могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне, хотя и в замедленном темпе. Отмечается характерная для них импульсивность действий, недостаточная выраженность ориентировочного этапа, целенаправленности, низкая продуктивность деятельности.

Игровые действия детей бедны и невыразительны, что является следствием схематичности, недостаточности представлений детей о реальной действительности и действиях взрослых. Недостаточность представлений, естественно, ограничивает и задерживает развитие воображения, имеющего важное значение в формировании сюжетно-ролевой игры. Дети с задержкой психического развития отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью, они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны резкие колебания настроения. На первый план в развитии таких детей выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик.

Библиография

1. Антипина А.Н. Из опыта работы с детьми, имеющими задержку психического развития // Начальная школа. - 1993.

2. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М., 1956.

3. Выготский Л.С. Лекции по психологии. – СПб.,1999.

4. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / Под ред. С.Г. Шевченко. - М.: Аркти, 2001. - 224 с.

5. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.

6. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систиматики задержки психического развития // Актуальные проблемы задержки психического развития. М., 1982.

7. Лубовский В.И. Высшая нервная деятельность и психические особенности детей с задержкой психического развития // Дефектология. - 1972. - № 4.

8. Лубовский В.И. Задержка психического развития // Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М., 2003.

9. Лубовский В.И., Переслени Л.И. Дети с задержкой психического развития. - М., 1983.

10. Марковская И.Ф. Задержка психического развития (клиническая и нейропсихологическая диагностика) - М., 1995.

11. Марковская И.Ф. Клинико-катамнестический анализ задержки развития соматогенного генеза // Дефектология. - 1993. - № 1.

12. Марковская И.Ф. Клинико-нейропсихологические основы диагностики и коррекции ЗПР у детей // Клинико-генетическое и психолого-педагогическое изучение и коррекция аномалий психического развития у детей. - М., 1991.

13. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика. – М., 1997.

14. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: Пособие для психологлв и педагогов. - М.: Владос, 2003.

15. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с ЗПР. - М., 2003.

16. Никишина В.Б. Причинная обусловленности ЗПР у детей. - Ярославль, 2000.

17. Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. В.И. Лубовского. - Смоленск, 1994.

18. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития // Дефектология. - 1980. -№ 3.

19. Переслени Л.И., Мастюкова Е.М. Задержка психического развития - вопросы дифференциальной диагностики // Вопросы психологии. - 1989. - №1.

20. Подъячева И.П. Кррекционно-развивающее обучение детей старшего дошкольного возраста с ЗПР. - М., 2001.

21. Рахмакова Г.Н. Некоторые особенности письменной речи младших школьников с ЗПР // Дефектология. - 1991. - № 2.

22. Слепович Е.С. Игровая деятельность детей с задержкой психического развития.- М.: Педагогика, 1990.

23. Слепович Е.С. Формирование речи у дошкольников с ЗПР. - Минск, 1989.

24. Слепович Е.С., Харин С.С. Становление сюжетно-ролевой игры как совместной деятельности у дошкольников с задержкой психического развития // Дефектология. - 1988. - № 6.

25. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.1, 1955; Т. 2.1959; Т. 3 М., 1965.

26. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.

27. Стрекалова Т.А. Особенности логического мышления дошкольников с ЗПР // Дефектология. - 1982. - № 4.

28. Ульенкова У.В. К проблеме ранней компенсации ЗПР // Дефектология. - 1980.

29. Ульенкова У.В. Л.С. Выготский и концептуальная модель коррекционно - педагогической помощи детям с ЗПР // Дефектология. - 1997. - № 4. 30.Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. - М., 1990.