

Психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития.

ПМПК

**Подготовил:
Воропинова Е.А.
Федоренко Н.Г.**

- Детская популяция в настоящее время состоит из трёх больших групп: нормально развивающиеся дети, одарённые дети, дети с нарушениями в развитии различной степени, в том числе дети-инвалиды.
- По данным МО РФ, 85 % детей – воспитанников детских садов и учащихся школ нуждаются в помощи медицинского, психологического или коррекционно-педагогического характера. Около 25 % детей нуждаются в специализированной коррекционной помощи.
- В последнее время значительно увеличился рост числа детей с задержкой психического развития (ЗПР). Каждый второй хронически неуспевающий ребёнок имеет ЗПР.

- В самом общем виде сущность ЗПР состоит в следующем: развитие мышления, памяти, внимания, восприятия, речи, эмоционально-волевой сферы личности происходит замедленно с отставанием от нормы. У такого ребёнка гораздо дольше остаётся ведущей игровой мотивация, с трудом формируются учебные интересы. Слабо развитая произвольная сфера не позволяет младшему школьнику полноценно осуществить напряжённую учебную деятельность: он очень быстро устаёт, истощается. Из-за недостаточного для его возраста умения сравнивать, обобщать, абстрагировать, классифицировать учащийся не в состоянии самостоятельно, без специальной педагогической помощи, усвоить содержательный минимум школьной программы и быстро попадает в ряды хронически неуспевающих. Часто трудности в учении усугубляются слабой способностью к звуковому и смысловому анализу речи, вследствие чего ребёнок плохо овладевает навыками чтения, с трудом осваивает письменную речь.

- Учебные трудности школьника, как правило, сопровождаются отклонениями в поведении. Из-за функциональной незрелости нервной системы ребёнок либо очень возбудим, импульсивен, агрессивен, раздражителен, постоянно конфликтует с детьми, либо, наоборот, скован, заторможен, пуглив, в результате чего подвергается насмешкам со стороны детей. Из таких взаимоотношений со средой, характеризующихся как состояние хронической дезадаптации, ребёнок самостоятельно, без педагогической помощи выйти не может.

Выделяют четыре генезисных типа задержки психического развития:

- конституциональный
- соматогенный
- психогенный
- церебрально-органического происхождения

ЗПР конституционального происхождения

- Состояние задержки психического развития определяется наследственностью.
- Дети с данным типом ЗПР отличаются гармоничной незрелостью одновременно телосложения и психики, что даёт основание обозначить такую форму задержки, как гармонический психофизический инфантилизм. У детей данной группы наблюдается значительное отставание психического развития от паспортного возраста, что проявляется преимущественно в эмоционально-волевой сфере при относительно сохранённой (хотя и замедленной по сравнению с нормой) познавательной деятельностью.

Психологический портрет

Ребёнок с конституциональным происхождением ЗП обращает на себя внимание с первых дней пребывания в школе, он непоседлив, болтлив, с любопытством относится ко всему происходящему вокруг, быстро находит друзей и покровителей, которые опекают, защищают «маленького», пользуется всеобщей любовью из-за уживчивого весёлого нрава. Основной фон его настроения преимущественно положительный: перепады в настроении бывают редко, обиды быстро забываются. Вместе с тем отмечается поверхность эмоциональных реакций. Незрелость эмоционально-волевой сферы ведёт к несформированности учебной мотивации. Быстро освоившись в школе, такие дети не принимают новых требований к поведению: постоянно опаздывают на уроки после перемены, во время урока встают, ходят по классу, разговаривают в полный голос с соседями, подходят к учителю. Игруют на уроке сами, вовлекают в игру соседей по парте. Прописывая элементы букв, начинают дорисовывать их, превращая в цветы, елочки, домики, на тетрадном листе появляются сюжетные рисунки. Ребёнок не дифференцирует «хорошие» и «плохие» отметки. Его радует сам факт их наличия в тетради. Поведение такого ребёнка дезорганизует работу класса. Ребёнок с первых месяцев обучения в школе становится стойко неуспевающим.

- Для конституциональной ЗПР характерен благоприятный прогноз при условии целенаправленного педагогического воздействия в доступной форме ребёнку занимательной игровой форме. Выявление таких детей в дошкольном возрасте, раннее начало коррекционной работы, обучение не с 7, а с 8 лет могут полностью снять вышеописанные проблемы. Ребёнку с конституциональным типом ЗПР могут рекомендовать дублирование первого класса, либо по решению ПМПК обучение в классах коррекционно-развивающего обучения.
- Второгодничество не травмирует детей с конституциональной ЗПР.

ЗПР соматогенного происхождения

Дети этой группы рождаются у здоровых родителей. Задержка развития – следствие перенесённых в раннем детстве заболеваний, влияющих на развитие мозговых функций: хронических инфекций, аллергии, дистрофии, стойкой астении, дизентерии. Длительные, тяжело протекающие, часто хронические заболевания резко снижают психический тонус детей. Несмотря на то, что первично интеллект не нарушен, они в силу своей истощаемости, рассеянности оказываются крайне непродуктивными в процессе школьных занятий. Таким образом, не резко выраженная мозговая дисфункция в сочетании со снижением психического тонуса к стойкой астении ведут к состоянию психического инфантилизма, при котором эмоционально-волевая сфера отличается незрелостью при относительной сохранности интеллекта

Психологический портрет

- В школе дети данной категории прежде всего испытывают большие трудности в адаптации к новой сфере. Они долго не могут освоиться в школьном коллективе, часто плачут, скучают по дому. Отличаются пассивностью, бездеятельностью, безынициативностью. Защитить себя не умеют – ребята значительно младшего возраста могут легко их обидеть. Со взрослыми вежливы, адекватно учитывают ситуацию. Без руководящего воздействия неорганизованны, нецеленаправленны, беспомощны. В состоянии повышенного утомления ответы ребёнка становятся необдуманными, нелепыми. Часто имеет место аффективное торможение: из-за боязни ответить неверно дети вообще отказываются отвечать, говоря «не знаю», «не могу».
- Нарастающая при утомлении головная боль, понижение аппетита, болевые ощущения в области сердца и прочее используется такими детьми как повод для отказа от деятельности при встрече с трудностями, при нежелании выполнять какую-либо работу. Учителю сложно дифференцировать, когда состояние соматического дискомфорта истинное, а когда ложное. У данных детей наблюдается критическое отношение к своим затруднениям, неудачам, они осознают и болезненно переживают школьные неудачи, которые глубоко травмируют их.

Перечисленные особенности учащихся с соматогенной ЗПР являются серьёзным препятствием в их обучении. Частые пропуски по болезни, выключение такого ребёнка по мере нарастания утомления из учебного процесса, незаинтересованность в учёбе приводят его в разряд стойко неуспевающих школьников.

Дети с соматогенной ЗПР нуждаются в систематической лечебно-педагогической помощи. Необходимо создавать в условиях обыкновенного класса охранительный медикаментозно-педагогический режим, либо по решению ПМПК обучение в классах коррекционно-развивающего обучения.

ЗПР психогенного происхождения

- Дети этой группы имеют нормальное физическое развитие, соматически здоровы. По данным исследований, у большинства таких детей имеется мозговая дисфункция. Их психический инфантилизм обусловлен социально-психологическим фактором – неблагоприятными условиями воспитания. Дети с психогенным ЗПР чаще всего являются воспитанниками детских домов, интернатов и других заведений, где дети испытывают эмоциональную депривацию (лишение материнского тепла, эмоционального богатства отношений). Однообразие социальной среды и контактов, обделённость, слабая индивидуальная интеллектуальная стимуляция часто ведут к замедлению темпов психического развития ребёнка.
- Очагом формирования данной детской аномалии также являются неблагополучные семьи: асоциально попустительские и авторитарно-конфликтные.

Психологический портрет

- Ребёнок в неблагополучной семье растёт в атмосфере полной безнадзорности, эмоционального отторжения в сочетании со вседозволенностью. Родители своим образом жизни (пьянство, распущенность, неустроенность, воровство) стимулируют аффективность (импульсивные, взрывные реакции), безвольное следование влечением, произвольность поведения, гасят интеллектуальную активность. Такие условия воспитания становятся длительными психотравмирующим факторам, способствующим накоплению черт психического инфантилизма в аффектно неустойчивой возбудимой форме. Данное состояние часто является благоприятной почвой для формирования стойких асоциальных установок, т.е. педагогической запущенности. В авторитарно-конфликтной семье жизненная сфера ребёнка пропитана ссорами, конфликтами между взрослыми. Основная форма родительского воздействия – подавление и наказание систематически травмирует психику ребёнка, в ней накапливаются черты пассивности, несамостоятельности, забитости, повышенной тревожности. У ребёнка формируется психический инфантилизм по астеническому тормозному типу.
- У детей данной группы отмечается низкий уровень анализирующего наблюдения, они слабо разграничивают существенные и несущественные признаки, затрудняются при установлении признаков сходства, недостаточно используют обобщающие понятия.
- Они интеллектуально пассивны, продуктивной деятельностью не заинтересованы, их внимание неустойчиво. В их поведении проявляется индивидуализм, необъективность, повышенная агрессивность или, наоборот чрезмерная покорность и приспособленчество, Закрепление негативных черт характера приводит к накоплению состояния к хронической дезадаптации.

При заинтересованности со стороны учителя, индивидуальном подходе, достаточной интенсификации обучения эти дети сравнительно легко могут заполнить пробелы в условиях массовой школы или по решению ПМПК обучаться в классах коррекционно-развивающего обучения.

ЗПР церебрально-органического происхождения

- Нарушение темпа развития интеллекта и личности обусловлено в данном случае более грубым и стойким локальным нарушением созревания мозговых структур.
- Причинами отклонений в развитии мозга являются патология беременности, в том числе тяжёлый токсикоз, перенесённый матерью вирусный грипп, малярия, гепатит, алкоголизм и наркомания матери или отца; родовые патологии, в том числе недоношенность, родовая травма, асфиксия (удушьё плода), тяжёлые заболевания на первом году жизни (нейроинфекция), тяжёлые инфекционные заболевания.

Психологический портрет

- У всех детей этой группы отмечаются явления церебральной астении, которая проявляется в повышенной утомляемости, непереносимости духоты, жары, езды в транспорте, снижении работоспособности, слабой концентрации внимания, снижении памяти. Познавательная деятельность у детей данного типа ЗПР значительно снижена. Мыслительные операции несовершенны и по показателям продуктивности приближаются к детям–олигофренам. Знания усваиваются фрагментарно, быстро забываются, в результате чего к концу первого года обучения учащиеся становятся стойко неуспевающими.
- Стойкое отставание в развитии интеллектуальной деятельности сочетается у детей этой группы с незрелостью эмоционально-волевой сферы, проявления которой более глубокие и грубые, чем у детей с описанными выше ЗПР. Психическая незрелость проявляется в примитивности, поверхностности эмоциональных реакций, слабом понимании взаимоотношений, сниженной мотивации достижения, некритичности, несамостоятельности, внушаемости, пресыщаемости. Дети долго усваивают правила взаимоотношений, не умеют соотносить свои эмоциональные реакции с конкретной ситуацией, нечувствительны к собственным промахам. Ведущий мотив – игра, что ведёт к постоянному внутреннему конфликту между «хочу» и «надо».
- Для детей типичны дезадаптивные формы поведения возбуждимого или заторможенного характера. При возбужденных формах поведения они конфликтны, агрессивны, раздражительны, драчливы. При заторможенном поведении – вялы, пассивны, медлительны, уклоняются от контактов, пугливы, тревожны, плаксивы

Обучение детей с ЗПР церебрально-органического происхождения в обычном классе общеобразовательной школы бесперспективно.

Этим детям нужна систематическая компетентная коррекционно-педагогическая поддержка в социальных условиях обучения (школа для детей с ЗПР или обучение в классах коррекционно-развивающего обучения).

- Обзорная характеристика особенностей развития детей ЗПР показывает, что явление задержки неоднородно как по патогенезу, так и по структуре дефекта. Вместе с тем для детей этой категории характерны типичные, отличающие их от нормы тенденции развития: незрелость эмоционально-волевой сферы, дезадаптивные формы общественного поведения, сниженный уровень познавательной деятельности, а следовательно, у них недостаточно сформирована готовность к усвоению знаний и предметных понятий.
- Серьёзные ограничения в социально-личностных и учебных возможностях определяют необходимость выделения этих детей в категорию учащихся с «особыми потребностями», нуждающихся в специальной коррекционно-педагогической поддержке.

- Задача психолога школы выявить вовремя такого ребёнка, комплексно его обследовать, с родителями провести индивидуальную работу, представить на ПМПК предоставлением всех документов имеющихся на ребёнка.
- ПМПК определяет дальнейший маршрут обучения ребёнка. Если имеется диагноз ЗПР, то чаще всего родителям детей предлагают обучение в классах КРО.
- Классы КРО сейчас называются – классы обучения по адаптивной общеобразовательной программе (ООП) для детей с ограниченными возможностями школы 7 вида.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ