

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ С ЗПР**

Свыше половины легких отклонений в умственном развитии квалифицируются педагогами и психологами как “задержка психического развития” (ЗПР) у детей.

- **Понятие ЗПР психолого-педагогическое. Оно утверждает наличие отставания в развитии психической деятельности ребенка.**
- **Термин “задержка” подчеркивает временной (несоответствие уровня психического развития возрасту) и одновременно в значительном количестве случаев временный характер отставания, которое с возрастом тем успешнее преодолевается, чем раньше дети с данной патологией попадают в адекватные для них условия воспитания и обучения.**

Причины возникновения ЗПР:

- **органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера, в связи с патологией беременности и родов;**
- **хронические соматические заболевания;**
- **конституциональные (наследственные) факторы;**
- **неблагоприятные условия воспитания (ранняя депривация, плохой уход, безнадзорность и др.).**

Классификации ЗПР (наиболее часто применяемые в практике медицины и дефектологии):

Единых принципов систематики пограничных форм интеллектуальной недостаточности в настоящее время не существует.

Г. Е. Сухарева(1965),

исходя из этиопатогенетического принципа, выделяет следующие формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития:

- 1) интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;**
- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;**
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма;**
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;**
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекции и травм центральной нервной системы.**

М. С. Певзнер (1966, 1971, 1972)

в группе детей с задержкой психического развития описывает разные варианты инфантилизма, интеллектуальные нарушения при церебрастенических состояниях, дефектах слуха, речи, отклонениях в характере и поведении.

К. С. Лебединской (1982)

предложена клиническая систематика задержки психического развития по этиопатогенетическому принципу.

Выделено 4 основных варианта ЗПР:

- 1) конституционального,**
- 2) соматогенного,**
- 3) психогенного,**
- 4) церебрально-органического происхождения.**

Эти варианты отличаются друг от друга особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: типом инфантилизма и характером нейродинамических расстройств.

На основе патогенетического принципа **В. В. Ковалев (1973)** все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно разделил на четыре группы:

- 1) **дизонтогенетические формы**, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка;
- 2) **энцефалопатические формы**, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- 3) **интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств** (слуха, зрения) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;
- 4) **интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства** («социокультуральная умственная отсталость» по терминологии, принятой Американской ассоциацией по проблеме умственной неполноценности).

Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности

(Ковалев В. В., 1973)

• **I. Днзонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности.**

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

а) при простом психическом инфантилизме;

б) при осложненном психическом инфантилизме:

- при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (органический инфантилизм по Г. Е. Сухаревой);

- при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;

- при сочетании психического инфантилизма с невропатическими состояниями;

- при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:

а) при задержках развития речи;

б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтения, письма, счета);

в) при отставании развития психомоторики.

3. Искажённое психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

II. Энцефалопатические формы.

- 1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков.**
- 2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций.**
- 3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.**
- 4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии).**

III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств.

- 1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости.**
- 2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.**

IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность).

Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности

Хотя в каждой из названных групп ведущая роль в патогенезе отводится какому-либо одному фактору, в происхождении интеллектуальной недостаточности обычно участвуют и другие патогенетические факторы. Внутри основных четырех групп выделяются варианты на основе клинико-психопатологического критерия.

- **Международные классификации болезней 9-го и 10-го пересмотра дают более обобщённые определения этих состояний:**

"специфическая задержка психического развития" и "специфическая задержка психологического развития", включающие парциальное (частичное) недоразвитие тех или иных предпосылок интеллекта с последующими трудностями формирования школьных навыков (чтение, письмо, счёт).

ЗПР, связанная с сенсорной депривацией при врождённых или рано приобретённых нарушениях зрения, слуха, речи (алалия), при детском церебральном параличе, аутизме, рассматривается отдельно в структуре соответствующих нарушений развития.

Диагностика ЗПР.

- Родители большей частью обращаются к врачу или психологу, когда детям исполняется 7-9 лет, с проблемами школьной неуспеваемости и дезадаптации, с обострением прежних или возникновением новых нервно-психических расстройств.
- Однако диагностика ЗПР и выявление детей "группы риска" возможны гораздо раньше в связи с замедленностью темпа развития моторики, речи, несвоевременностью смены фаз игровой деятельности, повышенной эмоциональной и двигательной возбудимостью, нарушениями внимания и памяти, при трудностях усвоения программы подготовительной группы детского сада.

Основные диагностические признаки ЗПР (клинико-психологические синдромы).

А. Незрелость эмоционально-волевой сферы - синдром психического инфантилизма:

- преобладание игровых интересов над познавательными;**
- эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, конфликтность либо неадекватная весёлость и дурашливость;**
- неумение контролировать свои действия и поступки, некритичность, эгоизм;**
- отрицательное отношение к заданиям, требующим умственного напряжения, нежелание подчиняться правилам.**

Б. Нарушение интеллектуальной работоспособности в связи с дисфункцией вегетососудистой регуляции - синдром церебральной астении (церебраспенический синдром):

- **повышенная утомляемость;**
- **по мере утомляемости - нарастание психической медлительности либо импульсивности; ухудшение концентрации внимания, памяти; немотивированные расстройства настроения, слезливость, капризность и т.п.; вялость, сонливость либо двигательная расторможенность и болтливость, ухудшение почерка;**
- **повышенная чувствительность к шуму, яркому свету, духоте, головные боли;**
- **неравномерность учебных достижений.**

В. Энцефалопатические расстройства:

- **неврозоподобный синдром** (страхи, тики, заикание, нарушение сна, энурез и пр.);
- **стойкие расстройства поведения - синдром повышенной аффективной и двигательной возбудимости;**
- **психопатоподобный синдром** (эмоциональная взрывчатость в сочетании с агрессивностью; лживость, расторможенность влечений и пр.);
- **эпилептиформный синдром** (судорожные припадки, специфические особенности аффективной сферы и пр.);
- **апатико-адинамический синдром** (вялость, безразличие, заторможенность и пр.).

Г. Нарушения предпосылок интеллекта:

- недостаточность тонкой моторики рук; нарушения артикуляционной и графо-моторной координаций (нарушение каллиграфии);
- зрительно-пространственные нарушения: нестойкость графического образа цифр и букв, зеркальность и перестановки их при чтении и написании; трудности ориентации в пределах тетрадного листа;
- нарушение звуко-буквенного анализа и звуковой структуры слов;
- трудности усвоения логико-грамматических конструкций языка, ограниченность словарного запаса;
- нарушение зрительной, слуховой, слухо-речевой памяти;
- трудности концентрации и распределения внимания, фрагментарность восприятия.

- **Отличие от олигофрении:**

для ЗПР характерна не тотальность, а мозаичность нарушений мозговых функций, т.е. недостаточность одних функций при сохранности других, несоответствие потенциальных познавательных способностей и реальных школьных достижений.

Важным диагностическим признаком для отграничения от олигофрении является:

- *возможность принимать и использовать помощь,*
- *усваивать принцип решения заданной интеллектуальной операции*
- *и переносить его на аналогичные задания.*

Виды коррекционной помощи:

- - актуализация мотива действия, создание эмоциональных игровых ситуаций;
- - организация внимания и усиление речевого контроля;
- - уменьшение объёма и темпа работы.

Долговременные виды помощи:

- формирование произвольных форм деятельности,
- тренинг функционально незрелых и ослабленных функций (тонкой моторики, зрительно-пространственного и слухового восприятия, слухо-речевой памяти, слухо-двигательной и зрительно-двигательной координаций и т.д.).

Прогноз психического развития

и успешность обучения детей в значительной степени определяются:

- ранней диагностикой ЗПР,
- своевременным лечением нервно-психических расстройств,
- организацией соответствующих коррекционно-развивающих мероприятий в дошкольном и школьном возрасте,
- благоприятным психологическим климатом в семье.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения (VII вида) для детей с разными формами задержки психического развития (ЗПР), создаются с 1981 и входят в систему специальных (коррекционных) образовательных учреждений Министерства образования РФ.

- Дети направляются в эти учреждения на основе заключения медико-педагогических комиссий (МПК) или психолого-медико-педагогических консультаций (ПМПК)
- (комплексное обследование ребёнка проводится при участии как минимум трёх специалистов: врача-психоневролога, специального - логопеда или дефектолога и психолога).

- Разработаны организационно-педагогические условия обучения и воспитания детей с ЗПР (щадящий режим, меньшая наполняемость классов, соответствие темпов учебной работы возможностям познавательной деятельности детей, увеличение на один год сроков обучения в начальной школе), а также специальные образовательные программы.

- В систему образования входят школы (в т.ч. с продлённым днём), школы-интернаты, классы выравнивания. Дети зачисляются только с согласия родителей. Выпускники получают цензовое образование в объёме неполной средней школы и документ того же образца, что и у выпускников массовых школ.

Начальная школа представлена в двух вариантах:

- 2-4-й классы - для детей, безуспешно обучавшихся в массовой школе; подготовительный,
- 1-4-й классы - для 6-летних детей, ранее не обучавшихся в школе.
- Структура 5-9-х классов соответствует массовой школе.
- По итогам начального обучения возможен перевод в массовую школу на основании решения педагогического совета по представлению психолого-медико-педагогического консилиума школьного (или учителя).

- **Классы выравнивания**, организуются в общеобразовательных школах для детей с более выраженной формой ЗПР (церебрально-органического происхождения) по заключению ПМПК (МПК).

- *Создаются на начальной ступени обучения:*

- подготовительный,

- 1-2-й классы (в 3-й класс дети принимаются только в порядке исключения).

Учащиеся, успешно освоившие программу, переводятся на массовые формы обучения по решению педагогического совета школы (школьного консилиума).

При необходимости дальнейшей коррекции дети могут продолжить обучение на основной ступени (5-9-й классы) и после сдачи экзаменов продолжить образование в средних профессиональных учебных заведениях и вечерних школах.

- *Классы коррекционно-развивающего обучения*, новая форма дифференцированного обучения.
 - Создаются преимущественно на ступени начального общего образования в начале 1-го или 2-го года обучения и функционируют до 9-го класса включительно.
- На ступени основного общего образования классы могут быть открыты в дневных школах не позднее 5-6-го, а в вечерних - 7-го класса.
- Не принимаются дети с выраженными нарушениями речи, зрения, слуха, умственной отсталостью, аутизмом.
 - При успешном усвоении учебной программы по решению школьного консилиума учащиеся могут быть переведены в обычные классы.

Литература:

- **Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития/ под ред. Лебединской К.С. М.1982г.**
- **Астапов В. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития Учебное пособие для студентов и слушателей спец. факультетов. М.1985г.**
- **Дети с задержкой психологического развития / под ред. Власовой Т.А.; Лубовского В.И.; Цыпиной Н.А. М.1984г.**
- **Дети с ограниченными возможностями проблемы и инновационные тенденции и воспитание и обучение Хрестоматия по курсу Коррекционная педагогика и социальная психология / Сост. Соколова Н.Д. М.2001г.**
- **Калмыкова З.И. Особенности генезиса продуктивного мышления у детей с задержкой психического развития // Дефектология.1978г. № 3**
- **Психология детей с задержкой психического развития / сост. Заширинская О.В. С-П.2003г.**
- **Усанова О.И. Дети с проблемами психического развития М.1995г.**
- **Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития М.1990г.**