

Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение
детский сад №73 «Мишутка»
Старооскольского городского округа

Консультация для родителей «Психолого-педагогические особенности детей с ЗПР»

Педагог-психолог:
Павловская Е.В.

2024 г.

Задержка психического развития – понятие, сложившееся в отечественной психологии в 60-е годы XX столетия на основе и в результате начавшегося на десятилетие раньше изучения детей, как испытывающих стойкие трудности в обучении в обычной (массовой) школе, через непродолжительный период обучения в специальной (вспомогательной) школе начинали весьма успешно продвигаться вперед и обнаруживали большие потенциальные возможности. Во многих случаях последние при оказании им соответствующей педагогической поддержки и организационной помощи продолжали образование в обычной школе.

Термин «задержка психического развития», означающий «временную задержку психического развития», был озвучен и предложен дефектологами Т.А. Власовой и М.С. Певзнер в 60–70 годы. Это значит, что через какой-то определенный срок эта задержка компенсируется, ребенок догонит своих сверстников и его развитие войдет в нормативное «русло». Задержка психического развития понималась как замедление темпа психического развития.

В дальнейшем этот подход получил свое развитие в также ставших классическими работах В.И. Лубовского, К.С. Лебединской и В.В. Лебединского, У.В. Ульенковой и др. В работах Г.Е. Сухаревой, Т.А. Власовой и М.С. Певзнер систематизированы основные варианты задержки психического развития.

Свыше половины легких отклонений в умственном развитии классифицируется 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 временный (несоответствие уровня психического развития возраста) характер отставания, которое с возрастом тем успешнее преодолевается, чем раньше дети с данной патологией попадают в адекватные для них условия воспитания и обучения.

ЗПР – обратимое замедление темпа психического развития, которое обнаруживается при поступлении в школу. Оно выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости интеллектуальной деятельностью. Дети с ЗПР отличаются сообразительностью в пределах имеющихся знаний. Более продуктивно используют помощь взрослых. Диагноз ЗПР ставится ребенку до 12 лет. После 12-и лет диагноз снимается, при достижении возрастной нормы, или ставится диагноз «патохарактерологическое формирование личности». После 12-летнего возраста ребенок не может быть переведен в специальную школу для детей с ЗПР.

Основной причиной ЗПР являются слабовыраженные (минимальные) органические повреждения мозга ребенка: или врожденные, или полученные в период беременности и родов, а также на ранних периодах его жизни. Задержка психического развития возникает и в результате ослабленности

ЦНС инфекциями, хроническими соматическими состояниями, интоксикацией, травмами головного мозга, нарушениями эндокринной системы. В появлении синдрома ЗПР существенную роль играют конституционные факторы, органическая недостаточность нервной системы генетического происхождения, длительные неблагоприятные условия воспитания. Неблагоприятные социальные факторы усугубляют отставание в развитии, но не представляют единственную или главную причину ЗПР.

Н.Я. Семаго и М.М. Семаго к подгруппе «задержанное развитие» относят варианты истинно задержанного развития, которые характеризуются именно замедлением темпа формирования различных характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сфер, включая и регуляторные механизмы деятельности. К этой подгруппе относятся такие типы отклоняющегося развития, как «темпово задержанный тип развития» (гармонический инфантилизм) и «неравномерно задержанный тип развития» (дисгармонический инфантилизм).

Типичный ребенок с темпово задержанным типом развития (гармоническим инфантилизмом) выглядит младше своего паспортного возраста, он живой, непосредственный, «...инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики». «Эмоциональная (и когнитивная) сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности». В школьном возрасте они неутомимы в игре и в то же время имеют низкую работоспособность, быстро пресыщаются интеллектуальной нагрузкой, незрелость регуляторных функций и мотивационно-волевой сферы затрудняет и их социальную адаптацию, в силу чего они не в состоянии следовать установленным правилам поведения. Показатели интеллектуального развития, как правило, соответствуют уровню актуального психофизического возраста, в котором находится ребенок.

Прогноз развития ребенка с ЗПР следует оценивать как хороший, особенно в том случае, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспортным возрастом, а по факту готовности (созревания в необходимом для начала обучения объеме собственно регуляторных функций, эмоционально-личностной и когнитивной сфер). Как правило, это происходит к 7,5–8,5 годам.

Если же особенности развития ребенка не учитываются и он начинает обучение в школе «по возрасту», то фактическая невозможность не только нормального усвоения материала, но эмоциональная и поведенческая неадекватность условиям обучения могут способствовать формированию дисгармонических черт личности, нарушению поведения и школьной дезадаптации в целом. Специалистами смежных профилей обычно ставится диагноз «инфантилизм», «конституциональная задержка психического развития», а диагнозы логопеда – «функциональная дислалия».

В отличие от гармонического инфантилизма, неравномерно задержанный тип развития (дисгармонический инфантилизм) характеризуется, в первую очередь, большим уровнем зрелости (сформированности) когнитивного звена высших психических функций по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции собственной деятельности, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер. Внешний вид и поведение ребенка также несут на себе отпечатки, характерные для более младшего возраста, но при этом часто отмечаются хронические соматические заболевания, нарушения зрения (различной степени выраженности) или просто соматическая ослабленность. Знаки атипичного развития (леворукость, неустоявшаяся латерализация и т.п.) встречаются среди данной категории детей чаще, чем в среднем по популяции, то есть являются специфичными, что, в свою очередь, осложняет ход развития в целом.

Наличие соматических проблем еще больше снижает работоспособность ребенка, делает его эмоционально лабильным, часто с элементами демонстративности. Дети могут быть капризны, упрямые. Это вполне объяснимо, так как присутствует интеллектуальная состоятельность, но ребенок «не готов» к предъявляемым к нему в соответствии с этим требованиям. Ребенок может быть вполне адекватным, но недостаточно критичным к результатам своей деятельности, самооценка может быть и завышенной, и, наоборот, заниженной. В общении со сверстниками он часто не находит общего языка, слишком эмоционален, редко может «удержать» роль. В целом показатели критичности и адекватности соответствуют актуальному психофизиологическому возрасту, а обучаемость новым видам деятельности может быть даже высокой, то есть соответствовать фактическому возрасту.

В системе развивающей и коррекционной работы с этой категорией детей приоритетны программы по гармонизации уровневой системы аффективной регуляции (по О.С. Никольской). Помимо чисто психотерапевтической помощи эффективна программа по формированию произвольной регуляции (в своем развивающем варианте), а также моторная коррекция, основанная на нейропсихологическом подходе. В ряде случаев показана родительско-детская психотерапия (индивидуальная и/или групповая). В случае соматических заболеваний (например: сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта) необходимо наблюдение у профильного врача (например: кардиолога, гастроэнтеролога).

В основу работ К.С. Лебединской и В.В. Лебединского положен этиологический принцип, позволяющий различить четыре варианта такого развития:

- 1) ЗПР конституционального происхождения;
- 2) ЗПР соматогенного происхождения;
- 3) ЗПР психогенного происхождения;
- 4) ЗПР церебрально-органического генеза.

В таком виде общая систематика ЗПР существует и до сих пор. Однако к настоящему времени разработаны и более детальные подходы к дифференциации вариантов задержанного развития, особенно тех случаев, которые относят к «ЗПР церебрально-органического генеза» и которые сами по себе составляют наиболее сложную в дифференциально-диагностическом плане группу.

1. ЗПР конституционального происхождения – гармонический психофизический и психический инфантилизм. Инфантильная психика сочетается с инфантильным телосложением. Детская пластичность мимики и моторики. Развитие эмоциональной сферы соответствует более раннему возрастному этапу. Эмоции яркие и живые, в поведении преобладают эмоциональные реакции. В деятельности доминирует игровой интерес, отмечается внушаемость и несамостоятельность. Неумомимость в игре (могут играть часами). В игре много элементов творчества и фантазии. В интеллектуальной деятельности быстро наступает пресыщение. Ребенок по своему психическому и физическому облику соответствует более раннему этапу возрастного развития. Проблемы возникают при поступлении в школу, нет интереса к учебе, не сформированы представления о дисциплине, затруднено формирование социальной позиции школьника. Эмоциональная незрелость затрудняет адаптацию ребенка в коллективе. Возможно патохарактерологическое формирование личности по неустойчивому типу. Эти особенности могут наследоваться (конституциональный семейный анамнез) кто-то из родителей тоже медленно взрослел. ЗПР конституционального происхождения – так называемый гармонический инфантилизм (неосложненный психический и психофизический инфантилизм). Как правило, причиной такого состояния являются факторы генетического характера. Нередко возникновение этой формы ЗПР может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами. Детям с этой формой ЗПР практически не нужна специальная помощь, поскольку со временем отставание сглаживается.

2. ЗПР соматогенного происхождения – соматогенного происхождения, эмоциональная незрелость обусловлена длительным хроническим заболеванием, пороками физического развития внутренних органов, после операций, при сахарном диабете, бронхиальной астме, патологии желудочно-кишечного тракта. Физическая и психическая астенизация, формируется робость, боязливость, неуверенность в себе, неспособность к самостоятельному принятию решения, зависимость и безынициативность. Этому способствует режим жестких ограничений и контроля, фактор искусственной инфантилизации, гиперопека. ЗПР соматогенного происхождения с явлениями стойкой соматической астении и соматической инфантилизацией. Данная форма возникает вследствие заболеваний, например: хронических инфекций, аллергических состояний, врожденных и приобретенных пороков внутренних органов, стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Большое значение имеют социальные факторы, приводящие к появлению различных

невротических наслоений (неуверенность, боязливость, ощущение физической неполноценности). Усугубляет состояние ребенка режим ограничений и запретов, в котором он постоянно находится. Детям с этой формой задержки психического развития вместе с психолого-педагогическим воздействием требуется и медицинская помощь, периодическое пребывание в санатории.

3. ЗПР психогенного происхождения – следствие неблагоприятных условий воспитания. В виду психогенной ситуации сила зависит от времени воздействия – чем раньше и чем тяжелее интенсивность воздействия, тем тяжелее задержка, тем более вероятно характерное формирование личности.

Неблагоприятные условия: гиперопека, безнадзорность, в результате которой ЗПР может привести к патологическому развитию личности по неустойчивому типу. Проявляется в импульсивности, неспособности сдерживать свои эмоции и желания, несформировано чувство долга и ответственности. Гиперопека формирует эгоцентризм, установки, тормозящие развитие воли, жестокое и грубое отношение с ребенком приводит к невротическому развитию личности. ЗПР проявляется в отсутствии инициативы, несамостоятельности и робости. ЗПР психогенного происхождения (патологическое развитие личности по невротическому типу, психогенная инфантилизация). Конечно, социальный характер данной аномалии развития не исключает ее первоначально патологической структуры. Неблагоприятные социальные условия, долго воздействующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, способствуют возникновению стойких отклонений в его нервно-психической сфере. Эту форму ЗПР надо уметь отличать от педагогической запущенности, проявляющейся прежде всего в ограниченных знаниях и умениях ребенка вследствие недостатка интеллектуальной информации.

У детей такая форма ЗПР наблюдается при развитии личности по типу психической неустойчивости, которая формируется в воспитании по типу гипоопеки и гиперопеки. У ребенка в условиях безнадзорности (гипоопеки) не формируется произвольное поведение, не стимулируется развитие познавательной активности, не формируются познавательные интересы. Патологическая незрелость эмоционально-волевой сферы сочетается с недостаточным уровнем знаний и бедностью представлений. Развитие ребенка в условиях гиперопеки (чрезмерной, излишней опеки) ведет к возникновению у него таких отрицательных черт личности, как отсутствие или недостаточность самостоятельности, инициативности, ответственности. Дети с такой формой ЗПР не способны к волевому усилию, у них отсутствует произвольная форма поведения. Все эти качества, в конечном счете, ведут к тому, что ребенок оказывается неприспособленным к жизни, и долгое время будет постоянно нуждаться в помощи.

Патологическое развитие личности по невротическому типу наблюдается у детей, воспитывающихся в условиях, где царит грубость, деспотичность, жестокость, агрессивность. Данная форма ЗПР часто встречается у детей, лишенных семьи.

У них отмечается эмоциональная незрелость, малая активность. Психическая неустойчивость сочетается с задержкой формирования познавательной деятельности.

4. ЗПР церебрально-органического генеза – возникает вследствие патологии беременности, родов, инфекций, интоксикаций, травм в первый год жизни. Отличается от олигофрении тяжестью поражения и временным интервалом поражения. Раннее воздействие приводит к развитию олигофрении, чем позже, тем чаще задержка, проявляется в незрелости в сочетании повреждением нервной системы. В структуре церебрально-органической формы почти всегда наблюдается ряд энцефалопатических расстройств – психопатоподобная и неврозоподобная симптоматика, проявления психорганического синдрома, свидетельствующие о повреждении нервной системы. 50–90% задержки психического развития имеют неврологическую симптоматику, гипертензионный синдром, нарушение нервной иннервации и проявления вегетативной сосудистой дистонии. Эмоционально-волевая незрелость проявляется в органическом инфантилизме, неяркости и живости эмоций, эмоции достаточно примитивны, не похожи на ребенка более младшего возраста. Грубая внушаемость связана с органическим дефектом, неспособностью к критике. Преобладают игровые интересы, игра достаточно однообразна, нет творчества, фантазии. Игра по правилам распадается на отдельные фрагменты. В учебной ситуации ориентируются не на содержание учебной задачи, а на поведение и отношение учителя, получая хорошие оценки – радуются, предпочитают выполнять большое количество трудных задач, чем одну. Предпочтение игровой деятельности. Клинико-психологическая картина зависит от преобладающего фона настроения:

1. Эйфорический фон. Наблюдается импульсивность, психомоторная расторможенность, внешне имитируют детскую непосредственность и жизнерадостность, отмечается неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. Непоседливы на уроке, ходят по классу. При наказании, когда ругают – обещают исправиться, но учиться не хотят.

2. Дисфорический, с пониженным фоном настроения. Склонность к робости, страхам, несамостоятельные, безынициативные. Преобладают игровые интересы, с трудом привыкают к обстановке и к коллективу. Вести себя стараются правильно, сильно переживают из-за школьных неудач. Дети, на которых преподаватель меньше всего обращает внимания и буквально «тянет за уши» по программе. Склонность к формированию невротических наслоений, усугубляющих течение ЗПР.

Незрелость познавательной деятельности характеризуется определенной иерархической структурой нарушений: при олигофрении страдают высшие психические функции, при задержке психического развития страдает не мышление, а вспомогательные функции: память, внимание, пространственные представления, гнозис, сенсорные и моторные

проявления, отставание в речевом развитии, освоении навыков чтения, письма и счета, отставание в формировании вербально-логического мышления. Познавательная активность возникает вследствие энцефалопатических расстройств. Характерна астения, истощаемость нервной системы, неспособность к интеллектуальной реализации, двигательная расторможенность». ЗПР церебрально-органического генеза (минимальная мозговая дисфункция) занимает основное место в полиморфной группе задержки психического развития. Дети с данной формой ЗПР характеризуются стойкостью и выраженностью нарушений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности. Функциональные расстройства ЦНС накладывают отпечаток на психологическую структуру этой формы ЗПР.

Клинико-психологическую структуру этой формы ЗПР характеризует сочетание черт незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций. Признаки незрелости в эмоциональной сфере проявляются при органическом инфантилизме, а в интеллектуальной – в недостаточности сформированности отдельных корковых функций и в недоразвитии регуляции высших форм произвольной деятельности. В зависимости от типа соотношения черт органической незрелости и повреждения ЦНС выделяются два клинико-психологических варианта ЗПР церебрально-органического генеза.

При первом варианте – у детей обнаруживаются черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма (негрубые церебростенические и неврозоподобные расстройства, признаки минимальной мозговой дисфункции, незрелость мозговых структур). Нарушения высших корковых функций имеют динамический характер, обусловленный их недостаточной сформированностью и повышенной истощаемостью. Регуляторные функции особенно слабы в звене контроля.

При втором варианте – доминируют симптомы поврежденности: выраженные церебростенические, невроподобные, психопатоподобные синдромы. Неврологические данные отражают выраженность органических расстройств и значительную частоту очаговых нарушений. Наблюдаются также тяжелые нейродинамические расстройства (инертность, персивираторные явления), дефицитарность корковых функций, в том числе их локальные нарушения. Дисфункция регуляторных структур проявляется в звеньях и контроля, и программирования.

При первом варианте данной формы ЗПР прогноз более благоприятен и в хороших социальных условиях (благоприятная семья) таким детям можно рекомендовать пребывание в кругу учащихся школ общего назначения в сочетании с квалифицированной педагогической и психологической помощью.

При втором варианте этой формы дефекта дети нуждаются в существенной психолого-педагогической коррекции. Такая коррекция в ряде случаев может быть обеспечена только в условиях специальных учреждений для дошкольников и школьников с ЗПР или в специальных группах детского

сада или классов коррекционно-развивающего обучения школ общего назначения.

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) ЗПР рассматривается в разделе F80–F89 «Расстройства психологического развития», при этом используются следующие основные рубрики:

F80. Специфические расстройства развития речи и языка (F80.0. Специфическое расстройство артикуляции; F80.1. Расстройство экспрессивной речи; F80.2. Расстройство рецептивной речи).

F81. Специфические расстройства развития учебных навыков (F81.0. Специфическое расстройство чтения (дислексия); F81.1. Специфическое расстройство спеллингования (дисграфия); F81.2. Специфическое расстройство арифметических навыков (дискалькулия); F81.3. Смешанное расстройство учебных навыков; F81.8. Другие расстройства учебных навыков).

F82. Специфические расстройства развития моторных функций (диспраксия).

F83. Смешанные специфические расстройства психического развития.

ЗПР часто сопутствуют состояния, отраженные в разделе «F90-F98» МКБ-10 «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте» (F90. Гиперкинетические расстройства: F90.0. Нарушение активности и внимания; 90.1. Гиперкинетическое расстройство поведения; F91. Расстройства поведения; F93.1. Фобическое тревожное расстройство; F95. Тики; F98.0. Энурез неорганической природы; F98.1. Энкопрез неорганической природы; F98.5. Заикание и др.).

Очень важной проблемой является своевременная диагностика ребенка с ЗПР, т.к. при позднем выявлении таких детей и выборе неадекватной программы обучения возникает школьная дезадаптация, на фоне которой в дальнейшем может формироваться девиантное и делинквентное поведение. Пик выявления приходится на младший школьный возраст (7–10 лет), что слишком поздно для осуществления эффективной реабилитации. Поэтому в настоящее время диагностические обследования проводятся уже в дошкольном возрасте.

В основе лечения ЗПР лежит мультидисциплинарный подход с активным участием неврологов, педиатров, психологов, психиатров, логопедов, педагогов-дефектологов (в т.ч. монтессори-педагогов). Коррекция должна проводиться длительно. Основным направлением помощи детям с ЗПР является разносторонняя психолого-педагогическая коррекция, направленная на улучшение когнитивного развития и эмоционально - коммуникативной сферы. В случае ее недостаточной эффективности применяется медикаментозная терапия.