Введение

психический ребенок развитие

Определение понятия “умственная отсталость” имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Теоретическое значение такого определения состоит в том, что оно способствует более глубокому пониманию сущности аномального психического развития детей.

Каждая наука заинтересована в правильном определении предмета ее исследования. Неясное определение предмета приводит к расплывчатости, неопределенности научных исследований в области данной науки. Ошибочное толкование понятия “умственная отсталость” неправильно ориентирует ход научных поисков и исследования в патопсихологии, способствует неправомерному расширению либо сужению состава изучаемых детей.

Нарушения и особенности развития психики у детей могут быть очень разнообразны. Поскольку в данном курсе освещаются закономерности психического развития умственно отсталого ребенка, следует с самого начала четко определить понятие “умственная отсталость”, обозначить тот тип аномального психического развития, который подлежит изучению. Дать правильное определение понятия “умственная отсталость” - значит объяснить причину этого состояния и выделить его наиболее существенные признаки.

Не менее важно практическое значение правильного определения понятия “умственная отсталость”. Для умственно отсталых детей создана специальная система обучения, сеть специальных школ и детских домов. Все умственно отсталые дети должны обучаться не в массовых, а в так называемых вспомогательных школах. От правильности и четкости определения понятия “умственная отсталость” зависит судьба многих детей. Если определение будет ошибочным или расплывчатым, трудно будет правильно решить, какого ребенка следует отнести к числу умственно отсталых. Это значит, что трудно будет решить и то, в какую школу его направить-в массовую, вспомогательную или еще какую-нибудь, например в школу для алаликов, тугоухих и т. д.

Правильный отбор во вспомогательные школы важен не только для детей и их родителей, но и для правильной организации школьной сети.

Если ребенок, который не является умственно отсталым, но только некоторыми своими особенностями похож на него, направляется во вспомогательную школу, он лишается своевременного общего образования, страдает от того, что учится в иной, особой школе, не в такой, в какой учатся его товарищи по дому. Это наносит тяжелую психическую травму не только ребенку, но и его родителям.

Кроме того, следует иметь в виду, что обучение ребенка во вспомогательной школе обходится государству намного дороже.

Но не менее тяжела ошибка другого порядка. Если ребенка, который должен быть отнесен к числу умственно отсталых, направляют в массовую школу, он оказывается в числе хронически неуспевающих учеников, начинает ненавидеть учение и мешать работе класса. Такие ученики становятся обычно не только неуспевающими, но и недисциплинированными.

Как же решается на данном этапе вопрос о причинах и сущности умственной отсталости?

Причиной умственной отсталости является поражение головного мозга ребенка (недоразвитие, болезнь, ушиб и т. д.). Однако не всякое поражение головного мозга ребенка приводит к стойкому нарушению его познавательной деятельности. В некоторых случаях таких тяжелых последствий может и не быть. Рассмотрим определение понятия “умственная отсталость”. Умственно отсталым называют такого ребенка, у которого стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга.

Если мы проанализируем это определение, то увидим, что утверждать факт умственной отсталости можно лишь при сочетании всех указанных в нем признаков.

В жизни мы встречаем детей, которые производят впечатление умственно отсталых. Поэтому возникает сомнение в том, смогут ли они начать либо продолжать обучение в массовой школе. Указанное впечатление может производить, например, глухонемой ребенок. Глухонемой ребенок, если он не был в специальном детском саду, к началу школьного обучения намного отстает от слышащего сверстника по своему умственному развитию. Но можно ли считать такого ребенка умственно отсталым? Разумеется, нет. Несмотря на сходство словосочетаний “отстал по умственному развитию” и “умственно отсталый ребенок”, это далеко не одно и то же.

. Понятие «задержка психического развития»

психический ребенок развитие

Свыше половины легких отклонений в умственном развитии квалифицируются педагогами и психологами как “задержка психического развития”. ЗПР - это нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста. ЗПР, как психолого-педагогический диагноз ставится только в дошкольном и младшем школьном возрасте, если к окончанию этого периода остаются признаки недоразвития психических функций, то речь идёт уже о конституциональном инфантилизме или об умственной отсталости. Основной причиной ЗПР являются слабовыраженные (минимальные) органические повреждения мозга ребенка или врожденные, или полученные во внутриутробном, природовом, а также в раннем периодах его жизни. Задержка психического развития возникает и в результате ослабленной инфекциями ЦНС, хроническими соматическими состояниями, интоксикацией, травмами головного мозга, нарушениями эндокринной системы. В появлении синдрома ЗПР существенную роль играют конституциональные 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.

Одной из характерных особенностей ЗПР является неравномерность формирования разных сторон психической деятельности ребенка.

Установлено, что всем детям с ЗПР свойственно снижение внимания и работоспособности. Причем у некоторых детей максимальное напряжение внимания наблюдается в начале какой-либо деятельности, а потом оно неуклонно снижается. У других - сосредоточение внимания отмечается лишь после того, как они выполнили некоторую часть задания. Также встречаются дети с ЗПР, которым свойственна нестойкость, периодичность в сосредоточении внимания. Для этой категории детей характерно снижение долговременной и кратковременной памяти, произвольного и непроизвольного запоминания, низкая продуктивность и недостаточная устойчивость запоминания (особенно при большой нагрузке); слабое развитие опосредованного запоминания, снижение при его осуществлении интеллектуальной активности.

Выявлено, что детям с ЗПР необходимо больше времени, чем их нормально развивающимся сверстникам, для приема и переработки сенсорной информации.

Изучение особенностей мыслительной деятельности детей с ЗПР показало, что большие затруднения возникают у них при выполнении заданий, требующих словесно-логического мышления. Наглядно-действенное мышление оказывается нарушенным в значительно меньшей степени. В наибольшей степени страдает наглядно-образное мышление. Их наглядно-образному мышлению присуща недостаточная подвижность образов-представлений. Как правило, словесно сформулированные задачи, относящиеся к ситуациям, близким детям с ЗПР, решаются ими на достаточно высоком уровне. Простые же задачи, основанные даже на наглядном материале, но отсутствующем в жизненном опыте ребенка, вызывают большие трудности.

Речь детей с задержкой психического развития также имеет ряд особенностей. Так, их словарь, в частности активный, значительно сужен, понятия недостаточно точны. Ряд грамматических категорий в их речи вообще отсутствует.

В целом же ЗПР проявляется в нескольких основных клинико-психологических формах: конституционального происхождения, соматогенного происхождения, психогенного происхождения и церебрально-органического генеза. Каждой из этих форм присущи свои особенности, динамика, прогноз в развитии ребенка. Остановимся более подробно на каждой из этих форм.

ЗПР конституционального происхождения - так называемый гармонический инфантилизм (неосложненный психический и психофизический инфантилизм). При данной форме отмечается такая структура личности, при которой эмоционально-волевая сфера находится как бы на ранней ступени развития. Преобладает эмоциональная мотивация поведения, повышенный фон настроения, незрелость личности в целом, легкая внушаемость, непроизвольность всех психических функций. При переходе к школьному возрасту сохраняется большая значимость для детей игровых интересов. Черты эмоционально-волевой незрелости часто сочетаются с инфантильным типом телосложения. Ребенок по своему психическому и физическому облику соответствует более раннему этапу возрастного развития. 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. Однако обучение в школе с 6-летнего возраста для них нерационально.

ЗПР соматогенного происхождения с явлениями стойкой соматической астении и соматической инфантилизацией. Данная форма возникает вследствие длительной соматической недостаточности различного генеза (хронические инфекции, аллергические состояния, врожденные и приобретенные пороки внутренних органов и др.). В возникновении ЗПР у этой группы детей большая роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Большое значение имеют социальные факторы, приводящие к появлению различных невротических наслоений (неуверенность, боязливость, капризность, 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.

ЗПР психогенного происхождения (патологическое развитие личности по невротическому типу, психогенная инфантилизация). Эта форма чаще всего возникает в результате неблагоприятных условий воспитания ребенка (неполная или неблагополучная семья). 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. Данная форма ЗПР наблюдается при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости, обусловленном явлениями 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 царят 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.

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 поврежденное™ 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 выделяют 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, неврозоподобные, 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 (благополучная семья и пр.) 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.

ЗПР могут возникать и вследствие иных причин. В зависимости от особенностей проявления задержки психического развития строится коррекционная работа.

В нашей стране к этой категории детей не относят ни педагогически запущенных детей, ни детей со специфическими отклонениями в эмоционально-волевой сфере и поведении.

Многие психологические особенности ЗПР можно наблюдать уже на ранних этапах жизни ребенка. Дети с минимальной мозговой дисфункцией беспокойны, раздражительны, часто кричат беспричинно. У них наблюдается нарушение сна и бодрствования, сна и питания. Они долго не засыпают, мало спят, плохо и мало едят. Невыспавшийся и голодный ребенок находится в состоянии постоянной усталости и напряжения. Активность младенца повышена и не всегда целенаправленна. Восприятие мира более хаотично, чем у нормально развивающегося ребенка. Сенсомоторное развитие идет с запозданием, поэтому у него вовремя не формируются адекватные реакции на поступающие воздействия. Часто наблюдается нарушение двигательных способностей: движения нескоординированы, неловки, неконтролируемы. Дети чрезмерно подвижны и импульсивны. У них нередко возникает чувство страха, тревоги, опасения. Психологические проявления, свойственные дошкольному возрасту, у детей с ЗПР неполноценны. Так, игровая деятельность недостаточно сформирована. Дети с ЗПР предпочитают наиболее простые игры, характерная же для старшего дошкольного возраста ролевая игра, требующая выполнения определенных правил, проводится ими в ограниченной форме: дети соскальзывают на стереотипные действия, часто просто манипулируют игрушками. В целом игра носит процессуальный характер. Фактически дошкольники с ЗПР не принимают отведенной им роли и не выполняют функций, возлагаемых на них правилами игры. Они не проявляют интереса к играм по правилам, имеющим важное значение в подготовке к учебной деятельности. Такие дети предпочитают подвижные игры, свойственные более младшему возрасту. Дошкольники с ЗПР не держат дистанцию со взрослыми, могут вести себя навязчиво, бесцеремонно, в процессе знакомства зачастую обследуют взрослого как неодушевленный предмет. Они редко завязывают длительные и глубокие отношения со своими сверстниками.

Вместе с тем задержку психического развития не всегда можно распознать в дошкольном возрасте. Чаще всего ее выявляют в процессе преддошкольной диспансеризации или в ходе обучения в 1 классе школы общего назначения.

У школьников с ЗПР отмечается недостаточная познавательная активность, которая, сочетаясь с быстрой утомляемостью и истощаемостью ребенка, может серьезно тормозить их обучение и развитие. Так, быстро наступающее утомление приводит к снижению работоспособности у детей, что проявляется в трудностях усвоения учебного материала. Дети с ЗПР не удерживают в памяти условия задания, продиктованное предложение, забывают слова, не могут сосредоточиться на задании, не умеют подчиняться школьным правилам и др.

Учащиеся этой категории требуют особого подхода к ним, многие из них нуждаются в коррекционном обучении, которое необходимо сочетать с лечебно-оздоровительными мероприятиями.

Поскольку степень задержки психического развития бывает различной, то в легких случаях помощь детям с ЗПР может быть оказана в условиях школы общего назначения. В случаях тяжелых форм ЗПР детям лучше всего обучаться в специальных учреждениях.

Детям с данной патологией свойственны частые переходы от состояния активности к полной или частичной пассивности, смене рабочих и нерабочих настроений, что связано с их нервно-психическими состояниями. Вместе с тем, иногда и внешние обстоятельства (сложность задания, большой объем работы и др.) выводят ребенка из равновесия, заставляют нервничать, волноваться.

Дети с ЗПР не остаются равнодушными к оценке результатов своей деятельности: ищут у учителя подтверждения правильности своих решений, одобрения, проявляют заинтересованность в хороших оценках и очень огорчаются неудачам.

Как отмечают многие авторы, дети с ЗПР эффективно принимают и используют помощь взрослого при выполнении каких-либо заданий. Причем в зависимости от степени задержки психического развития и материала, с которым работает ребенок, помощь по своему характеру может быть разной. Способность принимать помощь взрослых, усваивать принцип действия и переносить его на аналогичные задания существенно отличает детей с ЗПР от умственно отсталых, обнаруживает более высокие потенциальные возможности их психического развития и является той основой, на которую возможно опереться при организации коррекционных мероприятий.

Все дети с ЗПР любят занятия физической культурой, спортивные игры, хотя у них обнаруживается двигательная неловкость, недостаточная координированность движений, неумение подчиняться заданному ритму. Со временем в процессе обучения они достигают значительных успехов.

Как правило, дети с ЗПР проявляют исполнительность и аккуратность во время уборки класса, территории, ухаживая за растениями и животными. Но это отмечается только в том случае, если работа не требует от них длительного напряжения и не монотонна.

Школьники с ЗПР, дорожа доверием взрослых, могут допускать срывы в своем поведении. Они трудно входят в рабочий режим урока, могут вскочить, пройтись по классу, задавать вопросы, не относящиеся к данному уроку. Быстро утомляясь, одни дети становятся вялыми, пассивными, не работают; другие -повышенно возбудимы, расторможены, двигательно беспокойны. Эти дети очень обидчивы и вспыльчивы. Для вывода их из таких состояний требуется время, особые методы и большой такт со стороны педагога и других взрослых, окружающих ребенка с данным дефектом развития. Они с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой.

Многим детям с ЗПР необходимо обучение в специальных школах, где с ними проводится большая коррекционная работа, задача которой - обогащать этих детей разнообразными знаниями об окружающем мире, развивать у них наблюдательность и опыт практического обобщения, формировать умение самостоятельно добывать знания и пользоваться ими. Неотъемлемой частью коррекционного обучения детей с ЗПР является нормализация их учебной деятельности, которая характеризуется неорганизованностью, импульсивностью, низкой продуктивностью. Учащиеся с данным дефектом не достаточно умеют планировать свои действия, их контролировать, не руководствуются в своей деятельности конечной целью, часто “перескакивают” с одного задания на другое, не завершив начатое, и т.д. Нарушения деятельности детей с ЗПР - существенный компонент в структуре дефекта, они тормозят обучение и развитие учащихся. Нормализация деятельности составляет важную часть коррекционного обучения таких детей, осуществляемая на всех уроках и во внеурочное время.

Для детей с ЗПР характерна значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности. Наиболее нарушенной оказывается эмоционально-личностная сфера и общие характеристики деятельности (познавательная активность, особенно спонтанная, целенаправленность, контроль, работоспособность), в сравнении с относительно более высокими показателями мышления и памяти.

Коррекционная работа по формированию учебной деятельности может осуществляться на уроках по любому школьному предмету, но преимущественно на уроках труда, на которых у учащихся с ЗПР формируются все этапы деятельности и корригируются многие негативные черты личности, такие как нерешительность, растерянность и др.

Обнаружить те или иные отклонения в развитии ребенка в раннем возрасте может мать. Она первая заметит особенности его поведения. Если возникнут какие-либо сомнения в отношении правильного, в соответствии с нормой, развития ребенка необходимо обратиться или к врачу педиатру, или к психологу, или к психоневрологу. При установлении диагноза “задержка психического развития” задача семьи и, особенно родителей, помочь ребенку выйти из этого состояния, максимально скорригировать его дефект. Ребенку необходимо прививать навыки самообслуживания, его надо учить общаться со сверстниками и взрослыми. Необходимо знакомить малыша с окружающим миром, водить его на прогулки, экскурсии, в походы. Все это будет способствовать расширению его кругозора, увеличению словарного запаса, эмоциональному развитию. Особое внимание следует обратить на формирование интереса к игре и учебе.

Необходимо помнить, что ребенок с такой патологией часто нуждается в помощи взрослого при выполнении заданий. Если родители не могут сами оказать такой помощи, целесообразно поместить ребенка в специальное учреждение, где ему будет предоставлена необходимая квалифицированная помощь, или пригласить специалиста-дефектолога для домашнего обучения ребенка.

Дети с ЗПР могут обучаться в школах общего назначения, но учитель должен хорошо знать их особенности, чтобы осуществлять индивидуальный подход к этим детям. Детям с резко выраженной задержкой психического развития, как правило, следует посещать специальные группы при детских садах, учиться в специальных школах. Для них организуются классы выравнивания при школах общего назначения.

Структура специальных школ лучше всего учитывает специфику этой категории детей с отклонениями в развитии. Программа начальной школы рассчитана на 5 лет. Для учащихся начальной школы обязателен дневной сон. В школах осуществляется комплексная лечебно-воспитательная, санитарно-гигиеническая и профилактическая работа. В целях коррекции недостатков психического развития в специальных школах во второй половине дня проводятся коррекционные занятия: с логопедом, ритмикой, ЛФК и др.

По окончании учеником начальной школы ПМПК (психолого-медико-педагогическая комиссия) школы решает вопрос о месте его дальнейшего обучения. Детям со стойкими формами ЗПР следует рекомендовать оставаться в специальных школах, продолжительность обучения в которой 10 лет. По окончании неполной средней школы выпускники могут поступать в различные учебные заведения общего типа - на курсы, в ПТУ, в техникумы и др.

2. Современные представления о ЗПР

психический ребенок умственный

Переходя к современным представлениям о ЗПР, следует вновь подчеркнуть чрезвычайную актуальность изучения этой группы неуспевающих младших школьников.

Г.А. Победоносцев отмечает приблизительно у 80 % неуспевающих детей общую соматическую ослабленность, т. е. указывает на объективные трудности, обусловленные состоянием самих школьников. В постановлении сессии Академии медицинских наук СССР (1971) подчеркивалось, что 20-25 % учащихся, дублирующих отдельные классы начальной школы, не успевают именно по состоянию здоровья.

Т.А. Власова и М.С. Певзнер (1967, 1973) указывают на то, что в клинической практике под задержкой психического развития понимают интеллектуальные расстройства, обусловленные недоразвитием эмоционально-волевой сферы (психический инфантилизм) либо недоразвитием познавательной деятельности вследствие ранних органических поражений головного мозга (чаще в форме церебрастенических состояний) или генетическим дефектом.

Т.А. Власова, М.С. Певзнер (1967,1973), К.С. Лебединская (1975), В.В. Ковалев (1975) рассматривают интеллектуальные расстройства при ЗПР как следствие дизонтогенеза. К дизонтогенетическим формам пограничных состояний интеллектуальной недостаточности В.В. Ковалев относит общую задержку развития (чаще по типу психического инфантилизма), частичную задержку умственного развития (речевого, психомоторного, школьных навыков: чтения, письма, счета).

Ряд ученых (Л.С. Выготский (1931), Т.А. Власова (1956, 1967, 1972), М.С. Певзнер (1965), Т.А. Власова и К.С. Лебединская (1975)) подчеркивают, что психический дизонтогенез в детском возрасте всегда проявляется в сочетании явлений повреждения одних функций и недоразвития других, тесно связанных с поврежденными функциями.

Среди клинических форм задержки психического развития, как уже отмечалось, большое место занимает инфантилизм, который первоначально описывался как комплекс соматических признаков.

По Л.С. Выготскому (1931) инфантилизм представляет собой расстройство процесса инволюции. Ребенок переходит в очередной возрастной период, сохраняя черты, присущие более раннему возрасту.

В настоящее время инфантилизм рассматривается как аномалия развития, в ряде случаев инфантилизм расценивается как временное состояние, которое в зависимости от клинической картины в детском возрасте может иметь благополучную динамику, описанную в научной литературе как «инфантильно-грацильный» и «гармонический инфантилизм».

Исследователи полагают, что психический инфантилизм может явиться почвой для формирования различных типов психопатии.

Первая клиническая классификация инфантилизма дана Г.Е. Сухаревой, подразделяющей его на две группы: гармонический и дисгармонический.

В рамках дисгармонического инфантилизма Г.Е. Сухарева описывает следующие 3 варианта:

)инфантилизм с более грубыми отклонениями в эмоционально-волевой сфере: повышенной возбудимостью, раздражительностью. Такие дети «угрожали» в смысле возможности развития психопатии;

)инфантилизм, сочетающийся с гипогенитализмом, гипофизарным субнанизом и другими видами патологии;

)органический инфантилизм с некоторой упрощенностыо эмоциональной сферы, нестойкостью и малой дифференцированностью привязанностей, тугоподвижностью мышления. При гармоническом инфантилизме психическое развитие ребенка соответствует более младшему возрасту, нередко сочетается с соответствующими пропорциями телосложения.

3. Причины задержки психического развития, классификация ЗПР М.С. Певзнер и Т.А. Власовой

Можно выделить четыре клинико-психологических синдрома, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обусловливают трудности в обучении.

Синдром психического инфантилизма

Церебрастенический синдром

Гипердинамический синдром

Психоорганический синдром

Причины ЗПР выделяют следующие:

Биологические:

патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;

 недоношенность;

 асфиксия и травмы при родах;

 заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребёнка;

 генетическая обусловленность.

Социальные:

 длительное ограничение жизнедеятельности ребёнка;

 неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребёнка.

Одной из наиболее часто употребляемых классификаций в отечественной психологии является классификация М.С. Певзнер и Т.А. Власовой (1972, 1973)

В исследованиях, проведённых в 1972-1973 гг. НИИ дефектологии АПН СССР в ряде городов и сельских местностей СССР (Москва, Иркутская область, Литва, Армения), у 5,8 % всех учащихся младших классов было диагностировано ЗПР. На материалах этих исследований М.С. Певзнер и Т.А. Власовой было предложено разделять общую группу ЗПР на два вида.

Неосложненный психофизический и психический инфантилизм

«Вторичная» ЗПР, вызванная стойкой церебрастенией (повышенной истощаемостью психических функций) различного происхождения, возникшей на ранних этапах онтогенеза, в связи с чем нарушается, в первую очередь, познавательная деятельность и работоспособность.

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.

Список литературы

1.Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями развития. - М., 1973.

. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. -Л. : Медицина, 1982. -224с.

. Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? -М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998. - 104с.

. Психиатрия детского возраста(руководство для врачей). В.В. КОВАЛЕВ. -М. : Медицина, 1979, 608с.

. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении)... -М. : Медицина, 1965. -337с.

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

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