

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР) И ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕВАЕМОСТИ

Проблемы школьной неуспеваемости в теории и практике обучения

В настоящее время в образовательных учреждениях России происходит становление педагогической системы коррекционно - развивающего обучения детей, испытывающих трудности в освоении учебных программ, в адаптации к школе и социальному окружению.

По данным МО РФ (1997), среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60% относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Из них около 35% составляют те, у кого еще 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 1994г. 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.

ЗПР: понятие, причины, типология

Задержка психического развития - это понятие, которое говорит не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пересыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на

первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены не резко. В других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы. Незрелость эмоциональной сферы и недоразвитие познавательной деятельности будут иметь и свои качественные особенности, обусловленные типом данной аномалии развития.

В **этиологии** задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и главным образом органическая недостаточность нервной системы. При **систематике** задержки психического развития Т. А. Власова и М. С. Певзнер различают две ее основные формы: 1) задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы), и 2) задержку психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. К. С. Лебединская, исходя из этиологического принципа, различает **четыре основных варианта** задержки психического развития: 1) задержку психического развития конституционального происхождения; 2) задержку психического развития соматогенного происхождения; 3) задержку психического развития психогенного происхождения; 4) задержку психического развития церебрально-органического генеза.

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития **имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы**. При задержке *психического развития конституционного* происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм, по определению Лорена и Ласега, цит. по Г. Е. Сухаревой) инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная 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. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Поэтому в первом классе школы у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях они предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины (Т. А. Власова, М. С. Певзнер). Эта "гармоничность" психического облика иногда нарушается в школьном и взрослом возрасте, так как незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. *Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу* (Г. Е. Сухарева, Г. Штутте, В. В. Ковалев). Нередки случаи аналогичного сомато-психического инфантилизма в семье; непатологический уровень психических особенностей свидетельствует о преимущественно конституциональном генезе этой формы задержки психического развития (Л. С. Юсевич, Е. Сухарева). Однако такая "инфантильная" конституция может быть сформирована и в результате негрубых, большей частью обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни (К.С. Лебединская и др.).

При так называемой **соматогенной** задержке психического развития эмоциональная незрелость, указывалось, обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т.д. Хроническая физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в их силах. Эти же свойства в значительной степени обуславливаются созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки.

Задержка психического развития **психогенного** происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Как известно, при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие

патологическое развитие его личности. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития по типу психической неустойчивости: неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности.

В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду. В психотравмирующих условиях воспитания, преобладают жестокость либо грубая авторитарность нередко формируются невротическое развитие личности, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости.

Задержка психического развития **церебрально-органического** генеза имеет наибольшую значимость для специальной психологии ввиду выраженности проявлений и частой необходимости специальных мер психолого-педагогической коррекции. **Причины** церебрально-органических **форм задержки психического развития** (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни), как видно, в определенной мере сходны с причинами олигофрении. Это сходство определяется органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Пойдет ли речь о выраженном и необратимом психическом недоразвитии в виде олигофрении либо только о замедлении темпа психического созревания будет зависеть в первую очередь от массивности поражения. Другим фактором является время поражения. **Задержка психического развития значительно чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития.** Тем не менее, Л. Тарнополь и др. предполагают и возможность **генетической** этиологии. Признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер, в значительной части случаев вплоть до соматической. Так, по данным И.Ф. Марковской, обследовавшей 100 учеников младших классов

специальной школы для детей с задержкой психического развития, замедление темпа физического развития наблюдалось у 32% детей, задержка в становлении локомоторных функций - у 69%, речи - у 63%, длительная задержка формирования навыков опрятности (энурез) - в 36% наблюдений. *Следует, однако, отметить, что запаздывание а формировании этих функций выражено меньше, чем олигофрении.* В случаях возникновения задержки психического развития в связи с постнатальными вредностями (инфекциями, интоксикациями и травмами), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость. *Преобладание более поздних сроков поражения обуславливает наряду с явлениями незрелости почти постоянное наличие и признаков повреждения нервной системы. Поэтому в отличие от олигофрении, которая часто встречается в виде неосложненных форм, в структуре задержки психического развития церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-динамических), свидетельствующих о повреждении нервной системы.*

*Церебрально-органическая недостаточность определяет и клинико-психологическую структуру самой задержки психического развития в отношении незрелости как эмоционально-волевой сферы, так и познавательной деятельности. Эмоционально-волевая незрелость представлена в виде называемого **органического инфантилизма**. В отличие от психики ребенка более младшего возраста или проявлений конституционального инфантилизма, при органическом инфантилизме эмоции характеризуются отсутствием живости и яркости, определенной примитивностью. Грубая внушаемость отражает органический дефект критики. При явном преобладании игровых интересов над учебными и в игре выступают однообразие, отсутствие творчества и слабость воображения (И. Ф. Марковская).*

Как показали специальные экспериментально-психологические исследования Н.Л. Белопольской, у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития игра по правилам состояла из отдельных, мало связанных между собой фрагментов. Усложнение правил игры, их интеллектуализации часто приводили к

ее фактическому распаду. Учебная ситуация инфантильно воспринималась этими детьми главным образом своей оценочной стороной. При выполнении экспериментальных учебных заданий действия учеников определялись не объективным содержанием задачи, а преимущественно реакцией на поведение экспериментатора, его мимику, жесты интонации голоса. Процесс выполнения заданий часто прерывался вопросами о предполагаемой отметке. Получив положительную оценку (в эксперименте ставились только отличные и хорошие отметки), дети радовались, некоторые просили написать их отметку на отдельном листке, чтобы можно было показать учителю и сверстникам. В стремлении к положительной оценке они выбирали наиболее легкие задания, характеризуемые экспериментатором как задачи для самых маленьких. Наиболее привлекательными были задания, которые предлагались в игровой форме.

Особенности психики детей с ЗПР

Клинико-психологическая картина органического инфантилизма в значительной мере связана с:

- преобладающим фоном настроения.
- детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность.
- характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности
- на уроках эти дети непоседливы, не подчиняются требованиям дисциплины, в ответ на замечания дают обещание исправиться, но тут же об этом забывают
- в беседе открыто и легко высказывают отрицательное отношение к учебе, не смущаясь, говорят, что учиться неинтересно и трудно, что они хотели гулять или играть
- для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к робости, боязливости страхам
- этот эмоциональный фон, а также всегда сопутствующие цереброастенические расстройства препятствуют формированию активности, инициативы, самостоятельности
- у этих детей преобладают игровые интересы

- они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако, на уроках ведут себя более правильно.

Поэтому к врачу они нападают не в связи с нарушениями дисциплины, а из-за трудностей обучения. Нередко они тяжело переживают школьную несостоятельность. Возникающие невротические образования еще более тормозят развитие их самостоятельности, активности и личности в целом (В. В. Лебединский и Н. Л. Белопольская).

Таковы основные проявления церебрально-органического инфантилизма.

Психолого-педагогические особенности коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР

Проблемой оказания помощи детям с трудностями в обучении педагоги занимаются многие десятилетия. Классы выравнивания, компенсирующего обучения, коррекции, педагогической поддержки, адаптации, здоровья и др. - все эти организационные формы свидетельствуют о поисках условий, адекватных психическим и физическим возможностям учащихся. Заметим, что указанные формы, кроме классов выравнивания, создавались в основном на II ступени обучения, начиная с 5 класса. Делались попытки изменить содержание образования: вводились новые курсы, разделы типа "Как учить учиться", "Как подготовиться к контрольной работе", сокращались курсы математики, физики, но значительного повышения эффективности в приобретении знаний, особенно у тех детей, которые испытывали стойкие трудности в обучении, не происходило. Предпринятые в 1991-1993 гг. опросы учителей, работающих в классах компенсирующего обучения, показали, что педагоги не удовлетворены своим трудом: они не знают психологических особенностей детей; только медицинская диагностика не помогает им понять причины неуспеваемости и выбрать соответствующие методы работы; отсутствуют специальные методики, новые технологии, а удачные находки, как правило, мало внедряются в школьную практику.

Все это привело к тому, что многие школы сохраняли и сохраняют такие классы лишь из-за небольшого количества учащихся. В 1993-

1995 г. в общеобразовательных школах Москвы, по данным МКО, компенсирующее обучение продолжали вести из 525 учреждений лишь 48.

Следует подчеркнуть, что изменения в сфере образования, связанные с новыми приоритетами социального развития общества, также имели негативные последствия. В результате объективно положительного фактора - развития гимназий, лицеев - происходит отток наиболее способных школьников в эти учебные заведения. В то же время наблюдается наплыв учащихся с проблемами психического развития (главным образом, интеллектуального и речевого) в массовую школу, вследствие чего она превратилась в полифункциональную: обучающую, воспитывающую, развивающую (традиционные функции) и в психокоррекционную, оздоровительную (совершенно новые функции).

Своевременное выявление причин, которые приводят к неуспеваемости и дезадаптации учащихся, и внедрение инновационных технологий обучения могут улучшить условия обучения детей рассматриваемой категории. Это, в свою очередь, снизит возможность возникновения у ребенка нервно-психических, психосоматических расстройств, как последствий отрицательных эмоций, и различных форм девиантного поведения, которые являются своеобразной неадекватной компенсацией неуспеваемости.

Сегодня успешное функционирование общеобразовательной школы и любого образовательного учреждения **становится немыслимым без квалифицированной коррекционно - развивающей работы**, основанной на результатах комплексной агностики и новых научно обоснованных организационных методических формах деятельности. Система коррекционно - развивающего обучения - форма дифференциации образования, позволяющая решать задачи **современной активной помощи детям с трудностями в учении и в адаптации к школе**. Эта форма дифференциации возможна при обычной традиционной организации учебно-воспитательного процесса, но более эффективна при создании специальных классов коррекционно- развивающего обучения. Последние позволяют обеспечить оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении и проблемами в соматическом и нервно-психическом здоровье. Именно этих классах возможно последовательное взаимодействие диагностико-консультативного,

коррекционно-развивающего, учебно-профилактического и социально-трудового направлений деятельности.

Семинарское занятие

Цель - исследование особенностей психики детей с ЗПР и причин школьной неуспеваемости у учащихся различного возраста.
Основные понятия: задержка психического развития, ЗПР конституционального, соматогенного, церебрально-органического происхождения, темп психического развития.

План.

1. Темп психического развития.
2. Задержка психического развития как крайний вариант нормы.
3. ЗПР конституционального, соматогенного, церебрально-органического происхождения.
4. Условия обучения, необходимые для детей с ЗПР.

Задания.

I.

1. Четко определите, что понимается под возрастной нормой. Как соотносятся возрастные и индивидуальные особенности развития ребенка?
2. Дайте четкий ответ на вопросы: В каких случаях можно говорить об аномальном развитии? Каких детей считают аномальными?
3. Чем, по мнению Л.С. Выготского, определяется процесс формирования ребенка?

II.

1. Подготовьте сообщение на тему: "Л.С. Выготский о первичных и вторичных нарушениях".
2. Подготовьте доклад на тему: "Методы психологической диагностики аномальных детей".
3. Подготовьте доклад на тему: "Проблемы диагностики и коррекции отклонений в развитии в условиях школьного обучения".

Методические рекомендации.

При подготовке семинарского занятия по теме необходимо обратить особое внимание на то, какие дети относятся к категории детей с трудностями в обучении, какие биологические и социальные причины приводят к стойким затруднениям в усвоении образовательных программ.

Точно определите для себя, в чем разница и сходство понятий "дети с задержкой психического развития", "временная задержка психического развития", "ЗПР конституционального генеза", "ЗПР соматогенного происхождения", "ЗПР психогенного происхождения", "ЗПР церебрально-органического генеза", а также "дети с трудностями в обучении". Укажите клинико-психологические критерии данного состояния (астеноневротический синдром, синдром гармонического инфантилизма, церебрастенический синдром и др.). В психолого-медицинской литературе используются также другие наименования для обозначения рассматриваемой категории детей: дети с пониженной обучаемостью, отстающие в учении (Н.А. Менчинская, З.И. Калмыкова, У.В. Ульенкова), нервные дети, нервно-ослабленные дети (А.И. Захаров). Выпишите критерии, на основании которых выделяются названные группы. Определите критерии отбора детей с ЗПР. Они разработаны на основе комплексного подхода ведущими отечественными клиницистами, физиологами и психологами (М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, Т.В. Егорова, В.И. Лубовский, И.Ф. Марковская, У.В. УльК главе №2

Основная:

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. - Собр. соч., т.5-М., 1983.
2. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. - М., 1980.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985.
4. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. - М., 1989.

Дополнительная:

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей./ Под. ред. В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. - М., 1989.

2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Нейропсихологический подход к коррекции трудностей обучения // Нейропсихология сегодня.

3. Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. - М., 1993.

енкова, Е.М. Мастюкова, Е.А. Стреблева, М.Н. Фишман и др.).