Конспект "Психолого-педагогические особенности учащихся с ЗПР"

Изучению психолого-педагогиче​ских особенностей детей с задержкой пси​хического развития посвящены труды мно​гих российских педагогов, психологов, дефектологов (Л.С. Выготский, Т.А. Власо​ва, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева).

Важным для понимания учителями психолого-педагогических особенностей этой категории школьников является обра​щение к понятию «задержка психического развития», которое характеризует отстава​ние в развитии психической деятельности ребенка в целом, обусловленное инфекци​ей, интоксикацией, травмой головного мозга, перенесенной внутриутробно, при родах или в раннем детстве, нарушениями эндокринной системы или другими хрони​ческими соматическими заболеваниями. Исследованиями отечественных ученых установлено, что задержка психического развития проявляется у школьников в замедлении скорости приема сенсорной информации, недостаточной сформиро​ванности умственных операций и действий, низкой познавательной активности и сла​бости познавательных интересов, ограни​ченности знаний и представлений об окру​жающем. Недостатки в развитии эмоцио​нально-волевой сферы проявляются в эмо​циональной неустойчивости, возбудимости или заторможенности, несформированности произвольной регуляции поведения. Как правило, для указанной категории школьников характерны повышенная истощаемость, сниженная работоспособность. Часто наблюдаются нарушения общей и мелкой моторики, затруднения в координа​ции движений. Отставание в речевом развитии проявляется чаще всего в бедно​сти словарного запаса, трудностях усво​ения логико-грамматических конструкций, в наличии фонетико-фонематической недо​статочности. Эти особенности развития, присущие в основном младшим школьни​кам, вызывают значительные трудности в процессе обучения, вследствие чего в исследованиях последних лет для характе​ристики этой группы учеников нередко используется термин «дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой пси​хического развития».

Одним из вопросов первостепенной значимости является определение критериев дифференциации ЗПР от легких вариантов умственной отсталости. Принципиальными в этом плане являются следующие фак​торы:

1. Парциалъность психического недоразвития: у детей с ЗПР, наряду с нарушенными либо незрелыми психическими функциями, обнаруживаются и сохранные, в то время как для умственной отсталости характерна тотальность психического недоразвития.

Более того, в случае задержанного психического развития, как правило, отмечается незрелость межсистемного взаимодей​ствия психических процессов, которое обеспечивает познавательную (интеллектуальную) деятельность.

2.​ Способность к обучению по общеобразовательным про​граммам: дети с ЗПР могут усвоить учебный материал в объеме общеобразовательной средней школы при условии разумного распределения нагрузки, организации специального режима занятий и учета индивидуальных особенностей.

3.​ Достаточно высокая восприимчивость к помощи: школь​ники с ЗПР, как правило, способны воспользоваться опосредо​ванной помощью со стороны учителя в виде наводящих вопро​сов, уточнения задания, предваряющих упражнений, органи​зации учебной деятельности и т.п. Умственно отсталым детям в случае затруднения обычно требуется непосредственный показ способа действия, посколь​ку оказания опосредованной помощи им недостаточно.

4. Способность к логическому переносу усвоенных знаний и приобретенных навыков на новые условия: дети с ЗПР могут пользоваться усвоенным способом действия в изменившихся условиях, в то время как умственно отсталыми даже незначи​тельное изменение внешних условий воспринимается как со​вершенно новая, незнакомая ситуация.

Таким образом, несмотря на существенные недостатки в ин​теллектуальном и личностном развитии, у детей с задержкой психического развития сохранны предпосылки для усвоения учебного материала по общеобразовательным программам при условии индивидуального и дифференцированного подхода к ним.

*Типология детей с ЗПР*

Задержка психического развития — это различные по про​исхождению и клиническим проявлениям состояния легкой интеллектуальной недостаточности, характеризующиеся за​медленным темпом психического развития, личностной незре​лостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельнос​ти и эмоционально-волевой сферы.

Необходимо учиты​вать, что «задержка психического развития» — понятие, объе​диняющее весьма разнообразные состояния, на классификации которых следует остановиться отдельно.

В процессе изучения детей с ЗПР полу​чены детальные данные о сущностных характеристиках этого состояния, требующие серьезного обобщения. Однако в литературе, в основном, излагается классический подход к природе ЗПР, из которого можно почерпнуть сведения об изолированных ее вариантах. Между тем такие «чистые» варианты на практике встречаются довольно редко. Резкое ухудшение социально-эко​номической обстановки, нравственный кризис общества и сни​жение уровня здоровья населения приводят к тому, что меха​низмы возникновения дизонтогенеза, в том числе и задержан​ного развития, тесно переплетаются, нарушая стройность и од​нозначность классической типологии вариантов ЗПР.

Обобщая имеющиеся научные данные (К.С. Лебединская, М.С. Певзнер, Т.А. Власова, Ю.Г. Демьянов, С.Г. Шевченко и др.), можно выделить основные формы ЗПР.

*ЗПР конституционального происхождения (психофизический инфантилизм)*

Причинами этой формы ЗПР являются наследственные фак​торы (предрасположенность к более длительным срокам физио​логического и психологического «созревания»), негрубая пато​логия беременности и родов, истощающие заболевания перио​да раннего детства (хронические дистрофия, диспепсия, тяже​лая дизентерия, дисбактериоз и пр.).

Выделяют три варианта ЗПР по типу психофизического инфантилизма.

*1. Гармонический инфантилизм*

Дети по своим физическим и психологическим характерис​тикам отстают от своих сверстников на 2-3 года, отличаясь гармоничной незрелостью одновременно телосложения и психики. Они, как пра​вило, невысокие, хрупкие, несколько бледные. Непосредствен​ны, жизнерадостны, любопытны, неутомимы в игре. Таким детям свойственна живость психики, любознательность, интерес к окружающему. Собственно целенаправленное, активное познание еще не сформировано. Фактически ребенок еще только осва​ивает отдельные мыслительные операции: задерживает внима​ние на каком-либо объекте, явлении или процессе, задается вопросом и, возможно, осмысливает ответ. И все это на фоне ведущей деятельности — сюжетно-ролевой игры.

Психологически эти дети не готовы к длительным волевым усилиям и подчинения школьным требо​ваниям. Подчас они и ведут себя в классе так же, как в группе детского сада или у себя дома, могут капризничать, не реагиро​вать на замечания, необидчивы.

Значительных нарушений восприятия, внимания, памя​ти, воображения, речи, мышления при гармоническом ин​фантилизме не наблюдается. Однако эти процессы функцио​нируют как бы независимо друг от друга, еще не взаимодей​ствуя на уровне, необходимом для полноценного усвоения учебных знаний.

Крайне нежелательно рано (в 6-6,5 лет) отдавать такого ре​бенка в школу. Лучше оставить его еще на год в детском саду. В данном случае известное в народе выражение «дать возмож​ность наиграться» не лишено педагогического смысла.

Если же ребенок с гармоническим инфантилизмом все-таки обучается в школьном классе, следует тщательно продумать педагогическую тактику индивидуального подхода с учетом особенностей его интеллектуальной деятельности и эмоцио​нально-волевой сферы.

*2. Дисгармонический психический инфантилизм*

Как правило, причиной данного варианта ЗПР является не​грубое повреждение мозга на ранних стадиях развития. У части детей встречается отставание в физическом стату​се. Основная же характеристика заключается в замедлении личностного созревания, причем эмоционально-волевая сфера и поведение характеризуются негрубыми патологическими свойствами: неустойчивостью, эмоциональной возбудимостью, лживостью, склонностью к демонстративному поведению, от​сутствием чувства ответственности и стойких привязанностей, пониженной самокритичностью и повышенной требовательно​стью к другим, конфликтностью, драч​ливостью, жадностью, эгоистичностью, что весьма негативно сказывается на взаимоотно​шениях с окружающими (как в школе, так нередко и в семье).

Помимо дополнительного медикамен​тозного воздействия, корригирующего остаточные неврологические проявления у детей данной группы, необходи​мо грамотное психолого-педагогическое сопровождение. Следу​ет постепенно, ненавязчиво, но последовательно вырабатывать навыки произвольного поведения, волевой регуляции действий, самостоятельности, ответственности. При этом необходимо по​стоянно отслеживать полноту усвоения ребенком изученного материала, чтобы не появились пробелы в знаниях.

Особенно важно сохранять теплое и доброжелательное отно​шение к таким детям со стороны родителей, учителей и сверстни​ков (а это достаточно сложно при таком поведении!). Тогда по мере нормализации функционирования центральной нервной системы постепенно сгладятся и негативные черты характера. И наоборот, при постоянном негативном отношении со стороны взрослых и сверстников нарушения характера и поведения могут закрепить​ся.

*3. Психофизический инфантилизм при эндокринной недостаточности*

Такие дети тоже отстают в темпе физического развития, но, кроме этого, их телосложение отличается диспластичностью, недостаточно сформирована психомоторика: движения часто неловки, неуклюжи, нарушены их переключаемость, коорди​нация, точность, последовательность.

Сверстники нередко насмехаются над их внешними недостат​ками, дети тяжело переживают это, но тем не менее стремятся к общению, не избегают участия в мероприятиях. Как правило, они робки, пугливы, привязаны к близким. Им свойственны медлен​ное включение в работу, повышенная отвлекаемость, отсутствие инициативы, гибкости и яркости воображения. Темп психичес​кой деятельности замедлен.

Вышеперечисленные особенности служат причиной как за​труднений в учебной деятельности, так и достаточно сложных межличностных взаимоотношении и низкой социальной адап​тации.

Педагогическое сопровождение предполагает воспитание самостоятельности, ответственности, уверенности, решитель​ности и т.д. Однако при этом следует особо подчеркнуть, что ни в коем случае нельзя требовать от этих детей активизации тем​па деятельности. Их медлительность обусловлена особенностя​ми биохимической организации мозга, изменить которую не​возможно. Ваши попытки заставить малыша действовать бы​стрее приведут к тому, что ребенок окажется в стрессовой ситу​ации, которая может вызвать у него различные реакции — от истерики до ступора.

*ЗПР соматогенного характера*

Причиной этой формы ЗПР являются частые соматические заболевания истощающего характера: хроническая пневмония, тонзиллит, гайморит, тяжелые аллергические состояния, хро​нические заболевания и патология внутренних органов.

Эти заболевания являются причиной хронической интокси​кации (отравления) организма и приводят к снижению физи​ческого и психического тонуса, активности, уровня устойчиво​сти к нагрузкам (в том числе и умственным), работоспособно​сти. Помимо этого, хроническая интоксикация организма вредными веществами, образующимися в очаге хронической инфекции, влияет на темп созревания нервной системы, что может привести к негрубой задержке развития мозга, созревания эмоционально-волевой сферы.

Несмотря на то, что предпосылки интеллекта (память, внимание, восприятие, речь, мышление, воображение) у таких детей обычно укладываются в рамки возрастной нормы, уже в первые месяцы обучения в школе соматичес​ки ослабленные дети могут оказаться в числе неуспешных, де​задаптированных по целому ряду причин.

Трудности в адаптации к школьным условиям обусловле​ны не только повышенной утомляемостью этих детей, но и инфантильными особенностями психики, которые нередко отмечаются у часто болеющего, ослабленного ребенка: неса​мостоятельностью, пугливостью, робостью, чрезвычайной зависимостью от взрослых. Черты эмоциональной незрелос​ти часто сочетаются с невротическими проявлениями: повы​шенной впечатлительностью, боязливостью, капризностью.

Нередко родители склонны чрезмерно опекать ослаблен​ных детей из-за болезненности и подверженности инфекци​ям, ограничивать их контакты с другими детьми. В результа​те ребенок приходит в школьный коллектив, не умея об​щаться со сверстниками, обилие контактов становится для него дополнительной психологической нагрузкой, усилива​ющей утомление. Многочисленные пропуски занятий из-за болезни усугубляют картину.

Несмотря на то, что собственно интеллектуальная дея​тельность у таких детей может быть относительно сохран​ной, систематическая учебная нагрузка и пребывание в дет​ском коллективе часто становятся для них непосильными. «Нормативные» нагрузки оказываются чрезмерными: утом​ление наступает быстрее, чем у более здоровых детей. На​капливающееся утомление, отсутствие своевременного от​дыха (они успевают устать и истощиться задолго до наступ​ления перерыва между уроками, не успевают отдохнуть за перемену) приводят к формированию хронической усталос​ти или переутомления. Психофизиологическое переутомление принципиально отличается от обычного утом​ления тем, что при последнем работоспособность после отдыха восстанавливается до исходного уровня а при переутомлении этого не происходит: утомление накладывается на утомление, подчас приводя к серьезным сдвигам в общем состоянии здоро​вья. Это создает благоприятную почву для интенсификации болезненного процесса.

Собственно учебная деятельность у таких детей к началу обучения в школе оказывается несформированной. Дети не «дозрели» и до осознания необходимости обучения. Можно тщательно го​товить ребенка к школе и не сформировать у него желаемой мотивации. Поэтому требования со стороны взрослых (подчас весьма жесткие либо противоречивые) упираются, с одной стороны, в резко сниженную работоспособность ребенка; с другой — в несформированность школьной мотивации; с третьей — в не​зрелость эмоционально-волевой и когнитивной сфер.

Проблемы в обучении возникают в связи со сниженной мотивацией достижения, отсутствием интереса к пред​лагаемым заданиям, неумением и нежеланием преодолевать воз​никающие при их выполнении трудности. В состоянии повышенно​го утомления ответы ребенка становятся необдуманными, неле​пыми. Часто имеет место аффективное торможение: из-за боязни ответить неверно дети вообще отказываются отвечать, говоря «не знаю», «не могу». Отмечаются своеобразные изменения личнос​ти: дети вялые, неинициативные, склонны к повышенной фиксации на своем самочувствии.

Нарастающая при утомлении головная боль, понижение аппети​та, болевые ощущения в области сердца и прочее используются та​кими детьми как повод для отказа от деятельности при встрече с трудностями, при нежелании выполнять какую-либо работу. Учите​лю сложно дифференцировать, когда состояние соматического дис​комфорта истинное, а когда ложное. У данных детей наблюдается критическое отношение к своим затруднениям, неуспехам, они осоз​нают и болезненно переживают школьные неудачи, которые глубоко травмируют их.

Перечисленные особенности учащихся с соматогенной ЗПР явля​ются серьезным препятствием в их обучении. Частые пропуски по болезни, «выключение» такого ребенка по мере нарастания утомле​ния из учебного процесса, незаинтересованность в учебе приводят его в разряд стойко неуспевающих школьников.

Таким образом, причины школьной дезадаптации у сомати​чески ослабленного ребенка весьма неоднородны, но при этом вы​ступают в тесном единстве, вытекающем из первоначального не​благополучия организма. Вместе с тем ситуация к началу обуче​ния в школе складывается таким образом, что совершенно недо​статочно пытаться избавиться от первопричины (болезни): необ​ходимо системное взаимодействие медицинских работников, пе​дагогов, психологов и родителей в плане сопровождения детей данной категории.

Следует предусмотреть систематическое медицинское обсле​дование, общеукрепляющую терапию, щадящий режим, обогащенное питание. Желательно, чтобы дома и в школе царила спокойная, доброже​лательная обстановка, к ребенку предъявлялись разумные, аде​кватные его возможностям (но не заниженные!) требования. Пе​дагогу необходимо продумать меры по профилактике переутом​ления в режиме занятий, а также совместно с родителями спо​собствовать восполнению пробелов в программном материале.

ЗПР психогенного характера (психогенный инфантилизм)

Эта форма характерна для детей, не имеющих каких-либо отклонений со стороны функционирования центральной нерв​ной системы или соматической сферы, но воспитывающихся в неблагоприятных для психического развития условиях, вызы​вающих «психическую депривацию». Их психический инфан​тилизм обусловлен социально-психологическим фактором - небла​гоприятными условиями воспитания. Яркий пример - дети, воспи​танные в Доме ребенка. Эмоциональная депривация (лишение ма​теринского тепла, эмоционального богатства отношений), однооб​разие социальной среды и контактов, обделенность, слабая инди​видуальная интеллектуальная стимуляция часто ведут к замедле​нию темпов психического развития ребенка; как результат - сни​жение интеллектуальной мотивации, поверхностность эмоций, не​самостоятельность поведения, инфантильность установок и отно​шений.

Когнитивная депривация возникает у детей, выросших в условиях острого недостатка стимулов для развития предпосылок интеллектуальной деятельности: восприятия, внимания, памяти, речи, мышления. У таких детей отмечаются отличаются бедность словаря, нару​шения грамматического строя речи, скудость представле​ний, трудности концентрации внимания, опосредования процесса запоминания, фрагментарность вос​приятия, ослабление психической активности.

Предпосылками социальной депривации, как правило, яв​ляются условия гипоопеки либо гиперопеки в возрасте от одного года до 6-7 лет. Большая часть детей, испытывающих гипоопеку, воспитывается в семьях лиц, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, умственно отсталых или пси​хически нездоровых родителей, лиц с противоправным по​ведением и т.п.

В асоциально-попустительской семье ребе​нок растет в атмосфере полной безнадзорности, эмоционального от​торжения в сочетании со вседозволенностью. Родители своим обра​зом жизни стимулируют аффективность (импульсивные, взрывные реакции), безвольное следование влечениям, непроизвольность поведения, га​сят интеллектуальную активность. В авторитарно-конфликтной семье жизненная сфера ребенка пропитана ссорами, конфликтами между взрослыми. Основная форма родительского воздействия - подавление и наказание - систематически травмирует психику ребен​ка, в ней накапливаются черты пассивности, несамостоятельности, забитости, повышенной тревожности.

У детей данной группы отмечается низкий уровень анализирую​щего наблюдения, они слабо разграничивают существенные и несу​щественные признаки, затрудняются при установлении признаков сходства, недостаточно используют обобщающие понятия. Они ин​теллектуально пассивны, продуктивной деятельностью не заинтере​сованы, их внимание неустойчиво. В их поведении проявляются индивидуализм, необъективность, повышенная агрессивность или, наоборот, чрезмерная покорность и приспособленчество. Закрепле​ние негативных черт характера приводит к накоплению состояния хронической дезадаптации.

Социальная депривация может быть и следствием воспита​ния ребенка в условиях гиперопеки (по типу «кумир семьи»). Здесь, наряду с несформированностью навыков и знаний, необ​ходимых для успешного обучения в школе (а подчас и несмот​ря на сформированность знаний и навыков), наблюдаются эго​изм, эгоцентризм, ослабление психической активности, отсут​ствие самостоятельности, неумение бороться с трудностями, внутренняя установка на постоянные помощь и опеку, отсут​ствие трудолюбия при переоценке своих способностей, каприз​ность и своенравность.

Отсутствие привычной возможности быть все время в цент​ре восхищенного внимания травмирует ребенка, эгоцентричес​кая установка мешает ему выстроить продуктивные взаимо​отношения в детском коллективе, в результате чего формирует​ся негативная установка и к школьным занятиям, и к коллек​тиву одноклассников.

Для оказания действенной помощи этим детям прежде все​го необходима организация серьезной систематической работы с семьями. Именно родители в первую очередь должны пере​смотреть свои взаимоотношения с ребенком, увидеть, отчего те или иные негативные черты характера формируются в услови​ях семейного микроклимата.

Психологи, учителя, воспитатели должны включиться в эту работу в рамках образовательного учреждения, поддерживая обратную связь с родителями. В их задачи входит формирова​ние у ребенка навыков регуляции деятельности, самостоятель​ности, ответственности, стремления к продуктивному усвоению знаний. Помимо этого, воспитатели и учителя должны помочь ребенку полностью, без пробелов усвоить учебный материал.

При заинтересованности со стороны учителя, индивидуальном подходе, достаточной интенсификации обучения эти дети сравни​тельно легко могут заполнить пробелы в своих знаниях в обычных условиях массовой школы.

*ЗПР церебрально-органического происхождения*

Эта большая группа объединяет задержки развития, возникшие в результате органической недостаточности мозга и характеризующиеся как спе​цифическим недоразвитием личностной сферы, так и значительным нарушением по​знавательной деятельности (А.О. Дробинская, 1999). Причем на​рушения в эмоционально-волевой и когнитивной сферах при данной форме ЗПР более выраженны и стойки, чем при выше​описанных вариантах.

Причинами разнообразных отклонений в развитии мозга явля​ются патология беременности, в том числе тяжелый токсикоз, пере​несенный матерью вирусный грипп, малярия, гепатит, алкоголизм и наркомания матери или отца; родовые патологии, в том числе недо​ношенность, родовая травма, асфиксия (удушье плода), тяжелые за​болевания на первом году жизни (нейроинфекция), тяжелые инфек​ционные заболевания.

Основой церебрально-органической задержки развития выступают выраженные варианты так называемой мини​мальной мозговой дисфункции (ММД) — относительно лег​кие варианты патологии центральной нервной системы, воз​никающие вследствие повреждения мозговых тканей, име​ющие остаточный (резидуальный) характер и выражающие​ся в нарушении формирования структурно-функциональных систем мозга.

У всех детей этой группы отмечаются явления церебральной ас​тении, которая проявляется в повышенной утомляемости, неперено​симости духоты, жары, езды на транспорте, снижении работоспо​собности, слабой концентрации внимания, снижении памяти. По​знавательная деятельность у детей данного типа ЗПР значительно снижена. Мыслительные операции несовершенны и по показателям продуктивности приближаются к детям-олигофренам. Знания усва​иваются фрагментарно, быстро забываются, в результате чего к кон​цу первого года обучения учащиеся становятся стойко неуспеваю​щими.

Стойкое отставание в развитии интеллектуальной деятельности сочетается у детей этой группы с незрелостью эмоционально-воле​вой сферы, проявления которой более глубокие и грубые, чем у детей с описанными выше формами ЗПР. Психическая незрелость проявляется в при​митивности, поверхности эмоциональных реакций, слабом понимании взаимоотношений, сниженной мотивации достижения, некритич​ности, несамостоятельности, внушаемости, пресыщаемости. Дети долго усваивают правила взаимоотношений, не умеют соотносить свои эмоциональные реакции с конкретной ситуацией, нечувстви​тельны к собственным промахам. Ведущий мотив - игра, что ведет к постоянному внутреннему конфликту между «хочу» и «надо».

Для детей типичны дезадаптивные формы поведения возбудимо​го или заторможенного характера. При возбудимых формах поведе​ния они конфликтны, агрессивны, раздражительны, драчливы. При заторможенном поведении - вялы, пассивны, медлительны, уклоня​ются от контактов, пугливы, тревожны, плаксивы.

Церебрально-органическая форма задержки психического развития представлена двумя, на первый взгляд совершенно противоположными, вариантами органического ин​фантилизма. Вместе с тем объединить этих детей в одну клини​ческую группу позволяет следующее:

1)​ общность механизмов, лежащих в основе ММД (органи​ческая природа нарушения);

2)​ повышенная утомляемость в процессе умственной дея​тельности, выражающаяся в цикличности периодов продуктив​ной переработки учебной информации и приводящая к пробле​мам в усвоении программного материала;

3)​ достаточно высокая стойкость проявлений по сравнению с предыдущими формами ЗПР.

4)​ общность механизмов, лежащих в основе ММД (органи​ческая природа нарушения);

5)​ повышенная утомляемость в процессе умственной дея​тельности, выражающаяся в цикличности периодов продуктив​ной переработки учебной информации и приводящая к пробле​мам в усвоении программного материала;

6)​ достаточно высокая стойкость проявлений по сравнению с предыдущими формами ЗПР.

К тормозимому варианту органического инфантилизма, встречающемуся при астеническом типе ММД, относят детей с выраженной умственной утомляемо​стью. В течение одного урока, в зависимости от сложности и интенсивности подачи учебного материала, « отключения » от его продуктивной переработки происходят до 6-8 раз. Причем внеш​не ребенок может продолжать начатую деятельность: читает, не понимая смысла прочитанного, слушает учителя, не восприни​мая сути изложения, и т.д. Признаки переутомления могут про​являться и внешне: дети нервничают, кладут голову на парту и т.д. Цикличные периоды относительно продуктивной учебной деятельности к концу 3-4 урока сменяются переутомлением, когда ребенок уже не может включиться в учебную деятельность. Поэтому особенно важно рационально составить расписание уро​ков, поскольку на занятиях, не предполагающих напряженных мыслительных операций, умственное переутомление, как пра​вило, не сказывается.

Для таких детей характерны бедность словарного запаса, слабость ассоциатив​ных процессов, низкий уровень переключения внимания. По​этому им сложно уследить за быстрым ходом изложения учеб​ного материала, поддерживать познавательную беседу. В слу​чае возникновения подобных затруднений они склонны замы​каться, «входить в ступор». Их бессмысленно при этом тормо​шить, побуждать к активизации.

Особая роль в работе с такими детьми отводится личност​ным качествам педагогов и родителей: требуется бесконечное терпение, способность обуздать собственные амбиции и соот​нести особенности своего темперамента с реактивными воз​можностями ребенка, готовность оказывать помощь в воспол​нении пробелов в учебных знаниях и навыках. Последнее в большей степени касается родителей, поскольку в силу своих психофизиологических особенностей ребенок способен вновь приступить к продуктивной учебной деятельности лишь пос​ле длительного отдыха: сна, прогулки, игр, полноценного полд​ника. При этом следует рационально продумать режим допол​нительных занятий и выполнения домашнего задания.

В силу сохранной способности критики эти дети, как пра​вило, осознают свою учебную неуспешность, несоответствие своих достижений ожиданиям родителей. Поэтому для них не​редко характерны сниженный фон настроения, неадекватно заниженная самооценка, а подчас формируется отвращение к школе и учебным занятиям. Поэтому педагогам и родителям необходимо предупреждать такие проявления, стимулировать ребенка, не завышать требования к его знаниям и навыкам, оценкам (но не доводить это до попустительства!). Крайне же​лательно включение его в групповые и индивидуальные заня​тия с психологом.

Неустойчивый вариант органического инфантилизма наблюдается при реактивном (гиперактивном) типе ММД. Такие дети производят впечатление крайне неорганизованных, импульсивных, с болезненно повышенной двигательной активностью: ре​бенок постоянно находится в движении, не может усидеть на месте, суетится, отвлекается. Его поступки часто характеризу​ются отсутствием целенаправленности, бессмысленны. Созда​ется впечатление, что все, что попадает в поле внимания тако​го ребенка, неудержимо притягивает его: он постоянно что-то теребит, трогает, берет, задевает, причем довольно часто умудряется ломать, рвать, разбивать, пачкать вещи, которые попа​ли ему в руки.

Гиперактивный ребенок не может сосредоточенно работать (особенно — умственно), подчиняться дисциплинарным требова​ниям, действовать сосредоточенно и целенаправленно. Учебная деятельность, требующая концентрации внимания, планирования и самоконтроля, оказывается для него особенно сложной.

Положение усугубляется тем, что внешняя двигательная расторможенность сочетается с повышенной умственной утом​ляемостью, выражающейся в цикличности интеллектуальной деятельности. Причем в период «отключения» ребенку требу​ется внешняя активизация: он прерывает начатую деятель​ность, может что-то искать, копошиться, вертеться, отвлекать других детей, вставать из-за парты и ходить по классу. Попыт​ки выработать усидчивость у такого ребенка, как правило, не​эффективны: с помощью волевых усилий либо под страхом наказания он пытается сдерживать себя, но постепенно внутрен​нее напряжение становится столь выраженным, что проявля​ется в аффективных вспышках.

Естественно, такое поведение вызывает раздражение, не​приязнь со стороны взрослых, относящих подобные проявле​ния к особенностям характера. Однако такие дети не столько не хотят, сколько в силу психофизиологических особенностей не могут следовать дисциплинарным требованиям.

Ученые связывают это состояние прежде всего с недостаточ​ностью развития тех мозговых систем, которые обеспечивают целенаправленное внимание и «ответственны» за определенный уровень бодрствования, необходимый для полноценного вклю​чения в деятельность. Ребенок не может в течение достаточно​го времени на чем-то сконцентрироваться, что-либо последова​тельно и целенаправленно выполнять. Эти особенности сочета​ются с нарушениями работоспособности, недостаточностью высших психических процессов (А.О. Дробинская, 1999).

Вызванные органическим поражением центральной нервной системы особенности поведения не могут не сказаться и на взаи​моотношениях со сверстниками. Импульсивность, раздражи​тельность, неумение регулировать свои действия в ходе совмест​ной деятельности (в игре, учебе, общении), возбудимость, лег​кое возникновение аффективных реакций (ребенок даже по не​значительному поводу может стать зачинщиком драки, в состо​янии возбуждения сломать, разорвать попавший в руки пред​мет), а подчас и агрессивность затрудняют контакты со сверст​никами, а в худшем случае могут привести и к отторжению ре​бенка коллективом класса.

В этой связи следует обратить особое внимание на необходи​мость поддержки такого ребенка со стороны взрослых. Для де​тей младшего школьного возраста личность педагога становится своеобразным стержнем, вокруг которого разворачивается все происходящее. Учитель является для них своего рода жизнен​ным эталоном, в т.ч. и в отношении к другим людям. Разумеет​ся, выраженное негативное отношение педагога к гиперактив​ному ребенку (а оно отнюдь не является редкостью) перенимает​ся остальными детьми: они отвергают его, не хотят с ним дру​жить, помогать ему, отказываются принимать в игры, быть с ним в одной команде, а порой даже откровенно «подставляют», пользуясь его импульсивностью («делает, не успевая подумать»).

Вот почему на первый план выступает необходимость теп​лого, позитивного отношения педагога к ребенку с такой фор​мой ЗПР. Следует сделать все возможное, чтобы он был принят коллективом. Этому будут способствовать и занятия по типу психологических тренингов, направленные на формирование продуктивных взаимоотношений в коллективе. Опасность от​торжения ребенка заключается в том, что в подростковом воз​расте, когда личностные взаимоотношения выходят на первый план в иерархии потребностей, он станет невольно искать ре​ферентную группу, где его примут и отведут значимую роль. И нет гарантий, что в результате подросток не попадет в асоци​альную среду. Таким образом, у него может сформироваться девиантное (отклоняющееся) поведение: хулиганство или мел​кий разбой, воровство, алкоголизм, наркомания, токсикома​ния, проституция, криминальное поведение.

С другой стороны, двигательная расторможенность со все​ми сопутствующими ей особенностями поведения имеет тенден​цию к уменьшению с возрастом. Поэтому принятие ребенка, осознание его проблем и своевременная коррекционная помощь лежат в основе преодоления нарушений его поведения, харак​тера и обучения. Наиболее ярко проявления гиперактивного варианта ММД выражены в младшем школьном возрасте. В подростковом они, как правило, уже значительно более стер​тые. Однако при осуществлении образовательного процесса сле​дует учитывать, что определенная цикличность умственной работоспособности сохраняется у этих детей вплоть до 7-8-го года обучения.

При данном варианте ММД целесообразно адекватное меди​каментозное лечение. Оно предполагает в первую очередь на​значение препаратов, влияющих на обменные процессы в цен​тральной нервной системе и стимулирующих созревание тор​мозных и регулирующих структур мозга. При этом выбор препарата и терапевтической дозы дол​жен осуществляться строго индивидуально.

Итак, мы рассмотрели четыре типологические формы задержки психического развития, основываясь на клинической классификации, предложенной К.С. Лебединской.

Несомненное достоинство данной классификации — в оп​ределении механизмов и причин возникновения задержанного онтогенеза и типологизации основных эмоционально-личност​ных и когнитивных характеристик, присущих детям столь раз​нородной категории.

Таким образом, обзорная характеристика особенностей раз​вития детей с ЗПР показывает, что явление задержки неоднород​но как по патогенезу, так и по структуре дефекта. Вместе с тем, для детей этой категории учащихся характерны типичные, отличающие их от нормы тенденции развития: незрелость эмоционально-волевой сферы, дезадаптивные формы общественного поведения, снижен​ный уровень познавательной деятельности, а, следовательно, у них недостаточно сформирована готовность к усвоению знаний и пред​метных понятий.