**Лекція 4**

**Тема:** Особливості розвитку, навчання і виховання дітей із затримкою психічного розвитку

**План**

1. Класифікація дітей, із затримкою психічного розвитку

2. Психолого-педагогічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку

3. Корекційна робота з дітьми дошкільного віку, що мають порушення інтелекту

1. Класифікація дітей, із затримкою психічного розвитку

Затримка психічного розвитку (ЗПР) - це психолого- педагогічне визначення для найрозповсюдженішого серед усіх відхилень, які трапляються у дітей. За даними науковців, в дитячій популяції виявляється від 6 до 11% дітей із ЗПР різного генезу.

Затримка психічного розвитку насамперед належить до «пограничної» форми дизонтогенезу (порушеного індивідуального розвитку особистості) і виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій. Це відхилення у дитини може бути спричинене як біологічними, так і соціальними факторами, а також різними варіантами їх поєднання.

За класифікацією К. С. Лебединської виділяють 4 основні типи затримки психічного розвитку:

 - конституційно зумовлена форма затримки психофізичного розвитку зумовлена уиовільненістю й нерівномірністю дозрівання різних систем дитячого організму. До цього типу ЗПР підносять спадково зумовлений психічний, психофізичний інфантилізм. У дітей переважають риси емоційно-особистісної незрілості, «дитячість» поведінки. У межах ЗГІР конституційного походження також розглядають спадково зумовлену парціальну недостатність таких функцій, як праксис, гнозис, зорова і слухова пам’ять, мовлення, які лежать в основі формування складних міжаналізаториих навичок, таких як малювання, читання, письмо, лічба тощо.

Здебільшого ЗПР цієї форми не буває дуже глибокою, дитину не можна вважати хворою, і за належного індивідуального підходу з боку вихователя, психолога вона вирівнюється в умовах дошкільного закладу загального типу. Починати навчання таких дітей у школі варто не у 6 років, а пізніше. У плані корекції це один з найсприятливіших типів психічного розвитку при ЗПР.

Соматично зумовлена затримка психічного розвитку обумовлюється хронічними соматичними захворюваннями внутрішніх органів дитини - серця, нирок, печінки, легень, ендокринної системи. Центральна нервова система у таких випадках не вражається прямо хворобою, але потерпає від виснаження дитячого організму в цілому. Хвороба знижує психічний тонус дитини, робить її млявою, несприйнятливою до різноманітних вражень. Особливо негативно на розвиток дітей впливають тяжкі інфекційні захворювання на першому році життя. Саме вони спричиняють затримку в розвитку рухових і мовленнєвих функцій дітей, затримують формування навичок самообслуговування, утруднюють зміну фаз ігрової діяльності.

Психічний розвиток цих дітей гальмується насамперед стійкою астенією, яка знижує загальний фізичний і психічний тонус. На її фоні розвиваються невпевненість/нерішучість, безініціативність, примхливість, боязливість. Оскільки діти ростуть в умовах режиму, утруднене формування позитивних якостей особистості, їхнє коло спілкування обмежене, недостатність сенсорного досвіду відображається на поповненні уявлень про довкілля. Постійний страх за здоров я і саме життя малюка змушує дорослих попереджувати всі його бажання, а це формує пасивність, егоїзм. Постійне виконання дорослими всіх тих справ, з якими дитина могла б упоратися й сама, відгороджує її від життя, заважає багато чому навчитися, пізнати нове. Врахування усіх цих факторів лежить в основі прогнозу перспектив подальшого розвитку дитини й у визначенні змісту лікувально-профілактичного, корекційио-педагогічного і виховного впливів на дитину.

Психогенно зумовлена затримка психічного розвитку пов’язана з несприятливими умовами виховання, які обмежують або спотворюють стимуляцію психічного розвитку дитини на ранніх етапах її розвитку. Відхилення у психофізичному розвитку дітей визначаються психотравмувальним впливом середовища. До ЗПР психогенного характеру може призвести дефіцит спілкування в ранньому дитинстві, відсутність материнської турботи/любові. Дуже часто цей тип ЗПР виникає у дітей, які виховуються психічно хворими батьками, передусім матір'ю.

Порушення пізнавальної діяльності у таких дітей зумовлені бідним запасом їхніх уявлень про довкілля, низькою працездатністю, лабільністю нервової системи, несформованістю довільної регуляції діяльності, специфічними особливостями поведінки і психіки.

Порушення поведінки у таких дітей залежать від своєрідності ситуаційних факторів, які тривалий час виливали на дитину. Залежно від індивідуальних особливостей психіки дитини виникають різні типи емоційного реагування: агресивно-захисний, пасивно-захисний, «інфантилізований». Всі вони призводять до ранньої невротизації особистості. При цьому в одних дітей спостерігається агресивність, непослідовність дій, необдуманість та імпульсивність дій, у інших - нерішучість, плаксивість, страхи, відсутність творчої уяви і виражених інтересів. Якщо при вихованні дитини з боку батьків переважає гіперопіка, то навний інший тип патохарактерологічного розвитку особистості. Ці діти не володіють навичками самообслуовування, вередливі, нетерплячі, не привчені до співпереживання і самообмеження.

2. Психолого-педагогічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку

Характерними ознаками дітей із ЗПР є:

* низька працездатність в результаті підвищеної виснажливості;
* незрілість емоцій і волі;
* збіднений словниковий запас;
* переважання у мисленні наочно-дійових форм над словесно-логічними операціями (аналізом, синтезом, порівнянням, узагальненням, встановленням логічних зв’язків у інформації, введеній словесно);
* погана пам'ять , невміння використовувати допоміжні засоби при запам’ятовуванні матеріалу;
* знижений рівень самоконтролю, критичності мислення;
* не сформованість навичок інтелектуальної діяльності;
* неповна сформованість ігрової діяльності. Сприймання характеризується уповільненістю;
* обмежений, що не відповідає віку дитини запас знань і уявлень про навколишнє;
* низький рівень пізнавальної активності;
* недостатня регуляція довільної діяльності і поведінки;
* більш низька здатність до перероблення перцептивної інформації.

На відміну від розумової відсталості дітей при затримках психічного розвитку дитина значно краще використовує сторонню допомогу. Тому при медико-педагогічному обстеженні для диференціальної діагностики затримок психічного розвитку є метод навчального експерименту. Особливості його полягають у тому, що спочатку обстежуваній дитині пропонують виконати завдання самостійно, а вже послідовно надають певні «порції» педагогічної допомоги. Діагностичним показником є те, скільки таких «порцій» знадобиться дитині, щоб успішно впоратись із завданням. При цьому аналізується якісний бік діяльності : її усвідомленість, довільність, цілеспрямованість, ставлення до допомоги.

У більшості дітей – недостатня сформованість функцій довільної уваги, пам’яті, вищих психічних функцій. Крім того, в одних дітей спостерігається інтелектуальна недостатність, в інших спостерігаються емоційно-вольові порушення по типу психічного інфантилізму.

ЗПР пов’язана з мінімальною мозковою дисфункцією. Доброякісна ЗПР пов’язана з повільним темпом дозрівання мозкових структур, їх функцій при відсутності органічних змін в ЦНС. Специфічна (церебрально-органічна) ЗПР, пов’язана з пошкодженням мозкових структур і їх функцій.

Доброякісна, неспецифічна ЗПР виявляється у деякому запізненні становлення рухових і (або) психічних функцій, які можуть виявлятись на будь-якому віковому етапі, відносно швидко компенсується і не поєднується з патологічними неврологічними і (або) психопатологічними симптомами. Легко піддається корекції шляхом ранньої стимуляції психомоторного розвитку. Проявляється як у вигляді загального тотального відставання в розвитку, так і у вигляді часткових (парціальних) затримок у становленні тих чи інших нервово-психічних функцій, особливо часто це відноситься до відставань в розвитку мови.

Доброякісна неспецифічна ЗПР може бути сімейною ознакою, спостерігається у соматично ослаблених і недоношених дітей, а також при недостатності раннього педагогічного впливу.

Специфічна затримка розвитку або церебрально-органічна пов’язана із зміною структурної або функціональної діяльності мозку. Причинами можуть бути : порушення внутріутробного розвитку мозку, гіпоксія плоду і асфіксія новонародженого, внутріутробні і постнатальні інфекційні і токсичні впливи, травми, порушення обміну речовин і інші фактори.

ЗПР (мінімальна мозкова дисфункція) характеризується гіперактивною поведінкою : рухова розгальмованість, непосидючість, постійна рухливість; вся діяльність нецілеспрямована, жодну розпочату справу не доводять до кінця. Дитина багато бігає, ламає іграшки ; підвищена емоційна збудливість, забіякуватість, імпульсивність поведінки, агресивність. Не здатні до ігрової діяльності, не вміють обмежувати свої бажання, бурхливо реагують на всі заборони, відрізняються впертістю. Для багатьох дітей характерна моторна незграбність, в них слабо розвинені тонкі диференційовані рухи пальців рук. Важко опановують навички самообслуговування.

Діти із ЗПР – дуже поліморфна група. В деяких відставання в розвитку пов’язано із незрілістю емоційно-вольової сфери. Ці діти інфантильні. Достатньо винахідливі і невтомні у грі, їм властива жвавість уяви, фантазія, непосидючість, винахідливість з переважанням позитивних емоцій і хорошого настрою. Разом з тим, у них слабо розвинуті інтелектуальні інтереси, відмічається недостатня стійкість активної уваги і регуляція власної діяльності. Характерна підвищена жвавість і виражений інтерес до навколишнього. Разом з тим має місце відставання в дозріванні компонентів особистості, що формується, затримка в дозріванні абстрактно-логічного мислення з переважанням конкретно-дійового і наочно-образного. У мисленні відображаються труднощі словесно-логічних операцій. Значно підвищується ефективність і якість розумової діяльності при вирішенні наочно-дійових задач.

Особливості психічної діяльності дітей із затримкою розвитку обумовлені не сформованістю у них інтегративної діяльності мозку. У зв’язку з недостатністю інтегративної діяльності мозку діти із ЗПР затрудняються у впізнаванні незвично представлених предметів (перевернуті чи недомальовані зображення, схематичні і контурні малюнки); їм важко з’єднувати окремі деталі малюнків в єдиний смисловий образ.

Ці специфічні порушення сприймання у дітей із ЗПР визначають обмеженість і фрагментарність їх уявлень про навколишній світ. Недостатня інтегративність у дітей із ЗПР виявляється в сенсомоторних порушеннях, що знаходить свій вияв у малюнках дітей. При малюванні за зразком геометричних фігур вони не можуть передати їх форму і пропорції, неправильно зображують кути ліній і їх з’єднання. При малюванні фігури людини, діти старшого дошкільного віку допускають багато помилок. На малюнках помітна диспропорція частин тіла, деякі важливі деталі зображені примітивно чи відсутні. Однією із головних особливостей із ЗПР – є недостатність утворення зв’язків між окремими перцептивними чи руховими функціями. Затруднюються в оцінці ідентичної форми предметів, які сприймаються за допомогою дотику і зору. Труднощі при відтворенні ритму, сприйнятого на слух, а також графічно чи моторно. Відставання в розвитку в них просторових уявлень, недостатність орієнтування в частинах власного тіла.

Спостерігається відставання в розвитку мовлення , достатньо стійкі фонетико-фонематичні порушення і розлади артикуляції. Деякі діти затрудняються у сприйманні на слух схожих за звучанням фонем, в результаті чого недостатньо розуміють звернену мову.

Багатьом дітям властиві дефекти мовлення, що утруднює оволодіння читанням, письмом, мають збіднений словниковий запас.У них пізніше, ніж у нормі, виникає період дитячого словотворення, затягується період вживання «неологізмів». Характерною особливістю дітей із ЗПР є виражене порушення у більшості з них функцій активної уваги. Розсіяність уваги при виконанні завдання, яка зростає, свідчить про підвищену психічну виснаженість дитини. Для багатьох дітей характерний обмежений обсяг уваги, її фрагментарність, коли дитина в новій обстановці сприймає лише окремі частини інформації, що надається. Ці порушення уваги можуть затримувати процес формування понять.

Однією із частих особливостей порушення функції уваги у дітей із ЗПР є її недостатня концентрація на істотних ознаках. У цих випадках при відсутності відповідної корекційної роботи може визначатись недорозвиток окремих мислитель них операцій.

Порушення уваги особливо виражені при руховій розгальмованості, підвищеній афективній збудливості, тобто у дітей з гіперактивною поведінкою.

Для дітей із ЗПР характерна своєрідна недостатність пам’яті. Вона виявляється в недостатності активного, довільного запам’ятовування. Недостатність довільної пам’яті у дітей із ЗПР в значній мірі пов’язана із слабістю регуляції довільної діяльності, недостатньою її цілеспрямованістю, не сформованістю функцій самоконтролю.

Діти емоційно нестійкі, важко пристосовуються до дитячого колективу, їм властиві коливання настрою, підвищена утомлюваність. До початку шкільного навчання має місце не сформованість ВПФ. В спеціальних дослідженнях також показано значне відставання у дітей із ЗПР діяльності спілкування з дорослим.

При оволодіння читанням, письмом мають певні труднощі. При слабкій техніці читання стараються зрозуміти прочитане, якщо потрібно повертаються до повторного читання. При письмі звертає на себе увагу незадовільний навик каліграфії, що може бути пов’язане з недорозвитком моторики, просторового сприймання . При вивченні математики мають труднощі при оволодінні складом числа, рахунком з переходом через десяток, вирішенні задач з непрямим формулюванням умови.

При вступі до школи діти із ЗПР не виявляють готовності до шкільного навчання, в них немає потрібного для засвоєння програмового матеріалу запасу знань, умінь та навичок. Тому вони без спеціальної допомоги не можуть оволодіти рахунком, читанням, письмом. Вони мають труднощі у довільній діяльності. Вказані труднощі доповнюються ослабленим станом їх нервової системи. Діти із ЗПР швидко втомлюються, іноді вони просто перестають виконувати розпочату діяльність.

3. Корекційна робота з дітьми дошкільного віку, що мають порушення інтелекту

Ефективність корекційних заходів при ЗПР насамперед пов’язана з можливістю перебудови несприятливого сімейного клімату і подолання типу сімейного виховання, яке розпещує або нехтує дитину.

Церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку є найпоширенішою і найтяжчою формою ЗПР у дітей, яка пов’язана з ураженням головного мозку і спричиняє найбільш виражені порушення емоційно-вольової і пізнавальної діяльності загалом.

Прогноз затримки психічного розвитку церебрально-органічного генезу значною мірою залежить від стану вищих кіркових функцій і типу вікової динаміки його розвитку.

Іноді навіть ретельне обстеження не дає змоги визначити, які фактори відіграли вирішальну роль у виникненні затримки психічного розвитку в дитини. Головним показником для визначення тактики навчально-виховної роботи з дитиною є її реальний розвиток і здатність навчатися. Чим раніше розпочато педагогічну роботу з дитиною, тим легше усунути вади її розвитку або значно їх пом’якшити.

На ранніх етапах розвитку дитини важко розмежувати випадки мовленнєвого недорозвинення, затримки психічного розвитку, розумової відсталості.

Освітні потреби дітей із ЗПР значною мірою зумовлюються ступенем недорозвинення пізнавальної діяльності, віком дитини, глибиною наявного порушення, соціальними умовами її життя і виховання.

Практичне виявлення дітей із ЗПР здебільшого починається з 3 або з 5 років чи навіть на початкових етапах навчаиия у школі. Тому своєчасна діагностика і корекційно-педагогічна допомога є базовою потребою кожної проблемної дитини.

Якщо дитина із ЗПР перебуває в дошкільному навчальному закладі загального типу, то обов’язково має бути налагоджена координація виховних зусиль сім’ї і педагогів освітнього закладу. Єдність вимог і спрямованість виховання на формування основних ліній розвитку слугують основою і для стимуляції нормального ходу розвитку, і для корекції наявних у дитини відхилень.

У дитини з порушеним темпом психічного розвитку всі основні психічні новоутворення віку формуються із запізненням і мають якісну своєрідність.

Також потрібно враховувати специфічні освітні потреби дитини:

 - спеціальне створення дорослими ситуації успіху. Вихователь має враховувати, що дитина з відхиленнями в розвитку не може продуктивно розвиватися без спеціально створеної дорослим постійної ситуації успіху. Саме для дитини із ЗПР ця ситуація є життєво необхідною. Дорослому потрібно постійно створювати педагогічні умови, за яких дитина може перенести засвоєні способи і навички в нову або по-новому осмислену ситуацію;

 - врахування потреби дошкільника, із ЗПР у спілкуванні з однолітками. Ці психологічні потреби можуть бути реалізовані в умовах колективу однолітків. Тому при роботі з дітьми цієї категорії індивідуальна робота має проводитися паралельно з колективними видами діяльності.

Незрілість емоційної сфери дошкільника із ЗПР висуває на перший план специфічні потреби даної категорії дітей в емоційно-моральному вихованні. Адже для дітей із ЗПР накопичення емоційних образів, а в старшому дошкільному віці - розвиток емоційного контролю є важливою передумовою компенсації наявних відхилень.

Програму роботи з дитиною треба складати на основі сильних якостей дитини та її потреб. Насамперед, слід точно визначити можливості дітей, їхні потреби і необхідні види додаткових послуг. Робити це доцільно методом порівняння з нормами і критеріями розвитку, спостерігаючи за діями дітей у різних обставинах. Члени родин і вихователі ясел та інших закладів, де раніше перебували діти, також можуть надавати багато корисної інформації стосовно їхніх умінь і поведінки вдома і поза помешканням. На основі цих ві­ домостей вихователі разом з фахівцями-медикамй і батьками повинні прийняти необхідні навчальні рішення. До процесу оцінювання показників розвитку малят треба залучати різних спеціалістів і батьків. При цьому слід оцінювати якість виконання знайомих дітям завдань у звичних для них умовах.

***Основні завдання корекційно-виховної роботи:***

* допомогти дітям із ЗПР оволодіти різноманітними знаннями про навколишній світ, розвивати в них спостереження і досвід практичного навчання, формувати вміння самостійно здобувати знання і користуватися ними;
* шукати такі види завдань, які максимально стимулюють активність дитини;
* проводити лікувально-оздоровчі заходи;
* міняти види діяльності на уроці з метою відпочинку;
* здійснювати індивідуальний підхід, індивідуальну допомогу;
* давати завдання з опорою на зразки;
* проводити доступний інструктаж щодо виконання завдань;
* для закріплення нового матеріалу давати багаторазові вказівки і вправи;
* проводити динамічне спостереження за просуванням кожної дитини;
* під час навчання дитини звертати увагу на стан різних сторін його психічної діяльності : пам'яті, уваги, мислення, мовлення, темп роботи, вміння переборювати перешкоди;
* в разі необхідності учень повинен відвідувати логопедичні заняття;
* проводити індивідуальні корекційні заняття.

Всі ці ідеї можна назвати позитивною педагогікою або гуманістичною психологією виховання і навчання дітей із ЗПР.

Другою, не менш важливою складовою педагогічної ситуації розвитку дитини із ЗПР є її взаємодія із ровесниками.

Корекційна робота з дітьми із ЗПР спрямовується на розвиток у дітей спостережливості, навичок аналізу, синтезу, порівняння і узагальнення. Вчити дітей бачити предмети, виділяти істотні ознаки предметів і явищ дійсності, порівнювати предмети, логічно розповідати про результати своєї діяльності, а також передавати основний зміст прослуханого оповідання. Важливе значення надається розвитку уваги, пам’яті, мовлення, довільної регуляції діяльності.

При підготовці дитини із ЗПР до навчання в школі особливу увагу звертати на формування диференційованого сприймання різних мовних засобів, на накопичення активного і пасивного словника, корекцію мовних порушень. Дитину вчити виділяти в усній мові слова, потім речення, слухати паузу і інтонацію у відповідності з розділовими знаками в кінці речення .

Особливу увагу слід приділяти роботі з розвитку у дітей уміння слухати і виділяти в слові окремі звуки. Проводити спеціальну пропедевтичну роботу із вироблення у дітей чіткої артикуляції всіх звуків мовлення. Готувати дитину до засвоєння усного звукового аналізу. Вити складати розповіді за картинкою, серії картинок, відгадувати і придумувати самому загадки, використовувати прийом порівняння, готувати руку до письма. Розвивати вміння складати прості і більш поширені речення, виділяти їх в розповіді, ділити речення на слова. При формуванні початкових математичних уявлень велике значення надавати предметно-практичній діяльності дитини, що забезпечує наочну основу для формування математичних понять. З метою збагачення уявлень про навколишній світ, планувати систему роботи із ознайомлення з навколишнім світом.

Ще одним важливим напрямом роботи дітей із ЗПР є заняття зображувальною діяльністю. В таких дітей низький інтерес до процесу і результатів зображувальної діяльності, їх малюнки схематичні і спрощені, зображення маловиразні, мілкі, однотипні. Сюжетні малюнки більшості дітей недоступні, не можуть сформулювати замисел сюжету. Більшість малюнків дітей із ЗПР на рівні недиференційованої схеми. У таких дітей невправні рухи, не можуть правильно тримати олівець, пензлик, утруднюються у малюванні мілких предметів, не володіють прийомами розфарбовування. Важливо сформувати емоційне сприймання зображувального і декоративно-прикладного мистецтва, навчити відображати в малюнках свої зорові враження і уявлення про навколишню дійсність. Вчити за допомогою кольорової гами передавати своє емоційне ставлення до предметів і явищ навколишнього світу, свій настрій.

Формування зображувальної діяльності поєднувати з розвитком гри, предметної діяльності, формування тонких диференційованих рухів пальців рук, зорового сприймання, просторових уявлень. Важливо розвивати спостережливість , пізнавальне ставлення до навколишньої дійсності.

Спеціальні корекційні заняття із розвитку у дітей предметного і просторового сприймання, фонематичного аналізу, активної уваги, пам’яті та довільної поведінки поєднуються з медикаментозним лікуванням , розвивальними заходами, водними процедурами, масажем, лікувальною гімнастикою, фізіотерапією.