«Семья и ребенок с задержкой психического развития»

**Тема самообразование учителя начальных классов**

**Финогеевой Анны Николаевны**

ГБОУ СОШ № 386 Кировского района СПБ

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение ………………………………………………………………… | 3 |
| 1. Понятие ЗПР, виды ЗПР ……………………………………………. | 5 |
| 2. Основные причины задержки психического развития ..…………. | 8 |
| 3. Неблагоприятные условия семьи как причина ЗПР……………... | 10 |
| Заключение ……………………………………………………………… | 14 |
| Список литературы ……………………………………………………. | 15 |

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность работы.** Последние десятилетия к проблеме детей с задержкой психического развития (ЗПР) наблюдается повышенный интерес. Объясняется это тем, что ЗПР может иметь различные предпосылки, причины и следствия. По статистике количество детей с ЗПР увеличивается, например в 1990 году в России было открыто 4 специализированных школы для детей с ЗПР (одна тысяча обучающихся), в 2010 году открыто уже 122 школы (19,8 тысяч обучающихся). Во всех исследованиях посвященных изучению особенностей детей с задержкой психического развития отмечаются сложности в социализации этих детей. Огромную роль в социализации ребенка с ЗПР играет семья. Родители не всегда осознают трудности, которые испытывает ребенок при освоении образовательных программ, часто неадекватно оценивают его возможности, завышая или занижая их. Встречается негативное отношение родителей, или одного из них к рекомендациям психологов, дефектологов и других специалистов по воспитанию и обучению детей с ЗПР.

Начало активного проведения исследований по изучению ЗПР в России приходится на 60-е годы XX века. Работы были посвящены различным аспектам развития детей с ЗПР: изучение памяти (Н.Г. Поддубная, Н.Г. Лутонян, В.Л. Подобед); речи (В.И. Лубовский, Е.С. Слепович, Р.Д. Триггер, Н.Ю. Борякова); мышления (Т.В. Егорова, С.А. Домишкевич, И.А. Коробейников, Т.А. Стрекалова); игровой деятельности (Л.В. Кузнецова, Е.С. Слепович); учебной деятельности (Г.И. Жаренкова, С.Г. Шевченко); личности (Е.Е. Дмитриева, Е.Н. Васильева, Г.Н. Ефремова).

**Цель работы:** изучить влияние семьи на задержку психического развития.

**Задачи работы:**

1. Изучить понятие «задержка психического развития».

2. Дать характеристику видов ЗПР.

3. Выявить неблагоприятные условия семейного воспитания приводящие и способствующие задержке психического развития.

**Объект исследования:** дети с ЗПР.

**Предмет исследования:** особенности детско-родительских отношений.

**1. ПОНЯТИЕ ЗПР, ВИДЫ ЗПР**

Т.А. Власова, В.И. Лубовский изучили западный опыт исследования исследований детей, испытывающих трудности в обучении. Было отмечено, что однозначной трактовки определения этих трудностей нет. В различных странах (США, Англия, Германия) используют различные термины для обозначения такой категории детей. Например: «дети с трудностями в обучении», «дети, имеющие недостаточные способности к обучению», «неприспособленные», «педагогически запущенные», «дети с нарушением поведения», «дети с минимальными повреждениями мозга». В отечественной педагогике и психологии данная категория детей была обозначена как дети с задержкой психического развития. Сам термин ЗПР был введен научный обиход Г.Е. Сухаревой (1959 г.).

Задержка психического развития в отличие от умственной отсталости характеризуется недоразвитием высших психических функций, характеризуется временным отставанием развития психики, замедлением темпа психического развития. Задержка психического развития может носить обратимый характер. У детей с ЗПР отсутствуют специфические нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелые нарушения речи, они не являются умственно отсталыми. Авторы выделяют различные виды ЗПР, представленные в таблице 1 [3]:

Таблица 1 – Виды задержки психического развития

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Автор | Виды ЗПР | Краткая характеристика |
| Е.М. Мастюкова,  на основе неврологического анализа у детей раннего возраста | доброкачественная неспецифическая ЗПР | замедленный темп созревания мозговых структур и их функций при отсутствии органических изменений в ЦНС |
| специфическая или церебрально-органическая задержка развития | изменения структурной или функциональной деятельности мозга |
| М.С. Певзнер,  на основе синдромологического принципа | психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте | замедленное формирование эмоционально-волевой регуляции, быстрая истощаемость, неравномерное действие памяти, внимания; инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения |
| психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности | дети вялые, апатичные, непродуктивные, могут проявляться головные боли, повышенная утомляемость; наблюдается дефицит представлений о реальных действиях взрослых |
| психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями | раздражительность, повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, неусидчивость; возможна вялость, пассивность; соматовегетативные реакции (тошнота, обмороки, головные боли и др.) |
| психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции | трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, словарный запас ограничен |
| К.С. Лебединская,  на основе этиопатогенетического подхода | конституционального происхождения | инфантилизм, отставание в эмоциональной сфере |
| соматогенного происхождения | эмоциональная незрелость, астения в следствие соматических проблем |
| психогенного происхождения | неблагоприятные условия воспитания: невротизация личности, эгоцентризм |
| церебрально-органического генеза | органическое поражение центральной нервной системы |

Вне зависимости от вида ЗПР выделяют некоторые общие особенности развития детей с задержкой психического развития. В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов [2] считают что в первую очередь проблемы проявляются в эмоционально-волевой и познавательной сфере детей. У детей наблюдается низкая работоспособность, быстрая утомляемость, незрелость эмоций и воли, недостаточный словарный запас, замедленность в действиях. При этом особых проблем в речевом развитии может не наблюдаться. У детей с задержкой психического развития позже формируется фантазия, проявление творчества: придумывание, сочинение и пр., логика. Снижены возможности памяти и внимания. Во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми проявляют неуравновешенность, импульсивность, раздражительность, вспышки агрессии.

Е.В. Крылова [4] изучая особенности речи детей с ЗПР, отмечает трудности при освоении речи, в первую очередь монологическую речь. Объясняет она это тем, что детям сложно удерживать в памяти структуру сообщения, контролировать речевую деятельность. Как следствие на занятиях дети испытывают трудности при пересказе текста, составлении рассказа по картинке.

По мнению Е.Е. Дмитриевой [2] ведущей формой общения детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития является ситуативно-деловая, что не соответствует возрасту. С.И. Чаплинская [8] в своем исследовании подчеркивает низкий уровень коммуникации этой категории детей. Причиной данного явления считает недостаточный уровень развития социальных потребностей.

Л.И. Переслени, У.В. Ульенкова, Н.Ю. Боркова [6] выделяют недостаточность процесса переработки сенсорной информации. Нарушена целостность восприятия, дети выделяют лишь только отдельные части воспринимаемого объекта. Вследствие этого они не узнают известные им объекты, если поменять их местоположение, изменить освещение. Процесс восприятия предметов занимает у них больше времени, чем у нормально развивающихся детей семилетнего возраста. Поэтом дети с трудом выполняют задания по дорисовыванию фигур, составлению разрезных картинок.

В своих исследованиях С.Г. Шевченко [6] отмечает снижение познавательной активности дошкольников с ЗПР. И.Ф. Марковская, Е.А. Екжанова обнаружили малую дифференцированность движений кистей рук, трудность формирования сложных серийных движений и действий. В результате с трудностями развиваются продуктивные виды деятельности: изобразительная, конструирование, аппликация.

Во многих исследованиях отмечается, что дети с задержкой психического развития хорошо воспринимают помощь со стороны взрослого: мотивирующую, организующую, регулирующую, направляющую. Данный факт необходимо как можно более эффективно использовать родителям в ходе воспитания детей с ЗПР. Рассмотрев особенности детей с задержкой психического развития, проанализируем основные причины ЗПР.

**2. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ**

**ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Чаще всего причинами возникновения ЗПР являются причины экзогенного характера. Неблагоприятные факторы внешней среды приводят к нарушению темпа развития наиболее молодых отделов нервной системы. В большинстве случаев симптомы ЗПР обратимы.

Выделяют множество вероятных причин задержки психического развития у детей. Например, к ним относят: легкие внутриутробные поражения, врожденные травмы, эндокринные нарушения, хромосомные абберации, кишечно-желудочные заболевания на ранних этапах жизни ребенка, недоношенность, многоплодие, алкоголизм родителей, психические заболевания родителей, патологические черты характера у родителей, постнатальные заболевания воспалительного и травматического характера, асфиксии.

Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер, Т.А. Власова, Е.С. Иванов и др. к причинам ЗПР относят церебральные астении, аффективную расположенность, психопатоподобные расстройства. По мнению Л.О. Бадалян ведущей причиной является педагогическая запущенность, а так же сенсорная депривация. Острый и хронический стресс как считает Н.Н. Данилова так же может быть вероятностной причиной ЗПР.

В разные возрастные периоды дети по разному реагируют на вредоносное воздействие внешних факторов. В.В. Ковалев выделил уровни нервно-психического реагирования: 1) соматовегетативный (0 – 3 года); 2) психомоторный (4 – 10 лет); 3) аффективный (7 – 12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12 – 16 лет).

В зависимости от вида ЗПР выделяют ведущие причины. Рассмотрим на основе классификации К.С. Лебединской, представленной в таблице 2.

Таблица 2 – Виды причин ЗПР

|  |  |
| --- | --- |
| вид ЗПР | причины ЗПР |
| конституционального происхождения | наследование, многоплодие |
| соматогенного происхождения | первичная причина: длительные тяжелые соматические заболевания в раннем возрасте, вторичные причины: сенсорная депривация, гиперопека родителей |
| психогенного происхождения | неблагоприятные условия воспитания: безнадзорность, гиперопека, жестокое обращение, эмоциональное отвержение |
| церебрально-органического генеза | различные патологические ситуации беременности и родов: родовые травмы, асфиксии, инфекции во время беременности, интоксикации, а также травмы и заболевания центральной нервной системы в первые месяцы и годы жизни |

Тяжесть задержки психического развития определяются в основном двумя условиями: характер патогенного фактора, время его воздействия и интенсивность (сила) и социальные условия, в которых живет и воспитывается ребенок. В рамках нашей работы наиболее интересна роль семейного воспитания как фактора развития и воспитания ребенка с ЗПР.

**3. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ СЕМЬИ КАК ПРИЧИНА ЗПР**

Как видим негативные семейные условия воспитания могут быть как первопричиной ЗПР (психогенного происхождения), так и осложнять коррекцию других видов ЗПР. Рассмотрим некоторые неблагоприятные условия семейного воспитания: материнскую депривацию, гиперопеку, гипоопеку, эмоциональное отвержение.

Материнская депривация относится к социальной депривации [1]. Социальная депривация приводит к отклонениям в эмоциональном и интеллектуальном развитии, нарушениям в социальных контактах. Материнская депривация это полное или значительное отсутствие внимания со стороны матери по отношению к ребенку. В этом случае не удовлетворяются основные психические потребности ребенка: безопасность, уверенность в оказании помощи, общение и пр. Материнская депривация может сопровождаться сенсорной. С ребенком не разговаривают, не играют, в результате чего он не дополучает слуховой, зрительной, тактильной информации. Мама не только сама исключает себя из социального контакта с ребенком, но и не способствует его расширенным социальным контактам. Так же наблюдается обеднение эмоциональной сферы ребенка. Наиболее патогенное влияние материнской депривации наблюдается в младенчестве и раннем возрасте. Материнская депривация может развиваться в силу разных причин: неполная семья, мама вынуждена нести все тяготы материально обеспечения семьи; неразвитость родительских чувств и др.

Э.Г. Эйдамиллер [9] выделяет два вида гиперопеки: потворствующая и доминирующая гиперпротекция. Оба вида объединены повышенным вниманием родителей к ребенку. При потворствующей гиперпротекции родители стремятся к максимальному удовлетворению всех потребностей ребенка, при доминирующей – родители лишают его самостоятельности, все решают и делают за него. И в том и другом случае у ребенка формируется склонность к демонстративности. Доминирующая гиперпротекция усиливает астенический синдром. Наиболее патогенное влияние гиперопека оказывает на детей с ЗПР соматогенного генеза.

При эмоциональном отвержении родители игнорируют потребности ребенка, сочетается с жестоким обращением с ним. У детей проявляется эмоциональная незрелость, низкая познавательная активность. Психическая неустойчивость сочетается с задержкой формирования познавательной деятельности.

При гипопротекции (безнадзорность) ребенок предоставлен сам себе, родители не интересуются им и не контролирует его. В Российской педагогической энциклопедии (1993) понятие безнадзорность определяется как «отсутствие или недостаточность контроля за поведением или занятиями детей и подростков, воспитательного влияния на них со стороны родителей или лиц, их заменяющих». При родительской безнадзорности происходит отчуждение детей от семьи, детского коллектива, отсутствие эмоциональной взаимосвязи между детьми и родителями.

Наибольший вред гипоопека может нанести развитию ребенка с ЗПР психогенного генеза. В силу того, что при таком воспитании у ребенка не формируется произвольность поведения и познавательных процессов, не развиваются познавательные интересы. Патологическая незрелость эмоционально волевой сферы сочетается с недостаточным уровнем знаний и бедностью представлений.

В.И. Гарбузов выделяет типы «неправильного воспитания» в зависимости от принятия той или иной роли родителями по отношению к детям. По типу А (неприятие, эмоциональное отвержение) – родители принимают ребенка в соответствии с определенными условиями (если ты…, то я тебя люблю), родители не принимают индивидуальность детей. Родители используют методы жестокого контроля. Часто такое воспитание сочетается с недостатком контроля, полным попустительством.

Воспитание по типу Б (гиперсоциализирующее) проявляется тревожно-мнительным настроем родителей по поводу состоянии здоровья ребенка, его социального статуса среди сверстников, в ожидании успехов в учебе и будущей профессиональной деятельности. Такие родители часто отказываются от обучения ребенка в коррекционных классах и школах.

Тип В (эгоцентрическое воспитание) характеризуется культивированием внимания всех членов семьи на ребенке (кумир семьи), иногда в ущерб другим детям и членам семьи.

А.В. Петровский [5] выделил четыре тактики семейного воспитания: диктат, опека, мирное сосуществование и сотрудничество. При диктате один из членов семьи подавляет у других самостоятельность, инициативу, чувство достоинства. Основной формой обращения являются: приказ и насилие. Родитель в этом случае сталкиваются с сопротивлением ребенка. Основные формы сопротивления: лицемерие, обман, вспышки грусти, ненависть.

При опеке дети проявляют заботу, стараются оградить ребенка от всех трудностей. Такая тактика семейного воспитания приводит к отсутствию самостоятельности, инициативности и инфальтильности ребенка.

Если родитель использует тактику мирного сосуществования с позицией невмешательства, то в такой семье внешне все выглядит благополучно. Родитель пассивен, он уклоняется от активного вмешательства, предпочитает комфортное сосуществование с ребенком, не требующее душевных затрат. Дети в таких семьях чувствуют отчужденность. Коррекционная работа СС такими семьями затруднена.

Только при четвертой стратегии семейного воспитания (сотрудничество) принимается индивидуальность ребенка. Родители адекватно воспринимают особенности ребенка с задержкой психического развития. Они осознают его сложности и свою роль в коррекционном процессе.

Классификация О. Шпек основана на оценке педагогической состоятельности родителей: педагогически несостоятельные семьи (непоследовательный характер семейного общения, низкий нравственно-моральный уровень, некомпетентны в воспитании, но они стремятся изменить ситуацию); педагогически пассивные семьи (пассивны в прямом воспитательном воздействии на детей); семьи антипедагогического типа (родители стараются создать впечатление внешне благополучной семьи, родители предвзято относятся к рекомендациям специалистов по поводу занятий с детьми, часто вообще не принимают факт диагноза ребенка).

Родители по-разному относятся к диагнозу ребенка, факту какого-либо нарушения: принятие ребенка и его дефекта; реакция отрицания; реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки; скрытое отречение, отвержение ребенка; открытое отречение, отвержение ребенка.

А.Н. Смирнова выделяет формы отношения родителей к своим детям, имеющим проблемы в развитии: 1) родители глубоко, трагически переживают неполноценность ребенка, опекают его; 2) не желают примириться с неполноценностью ребенка, родители преувеличивают его возможности, не замечают недостатки; 3) стесняются неполноценности своего ребенка; 4) ребенок с проблемами занимает в семье положение «пасынка», его обижают, смеются над ним, подчеркивая его неполноценность; 5) родители не обращают внимания на ребенка, стараясь, все воспитание переложить на образовательное учреждение.

Так же к общим критериям неблагополучия семьи относят: асоциальное поведение родителей; ненадлежащее выполнение родительских обязанностей, родители не обеспечивают ребёнка всем необходимым для нормального развития; насилие в семье со стороны любого родителя по отношению к детям или насилие между супругами.

Характерными чертами неблагополучных семей являются: внутренняя нестабильность семьи; не осознание возможностей удовлетворения своих потребностей в семье; отсутствие единых воспитательных ориентаций родителей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

ЗПР определяется недоразвитием высших психических функций, характеризуется временным отставанием развития психики, замедлением темпа психического развития, может носить обратимый характер.

Выделяют виды ЗПР:

- Е.М. Мастюкова: доброкачественная неспецифическая ЗПР, специфическая или церебрально-органическая задержка развития.

- М.С. Певзнер: психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте; психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности; психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями; психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

- К.С. Лебединская: конституционального происхождения; соматогенного происхождения; психогенного происхождения; церебрально-органического генеза.

Выделяют вероятностные причины ЗПР: легкие внутриутробные поражения, врожденные травмы, соматические проблемы, недоношенность, многоплодие, алкоголизм родителей, психические заболевания родителей, патологические черты характера у родителей, асфиксии, церебральные астении, аффективную расположенность, психопатоподобные расстройства, педагогическая запущенность, сенсорная депривация, острый и хронический стресс.

Негативные семейные условия воспитания могут быть как первопричиной ЗПР (психогенного происхождения), так и осложнять коррекцию других видов ЗПР.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Алексеенкова Е.Г. Личность в условиях психической депривации – СПб.: Питер, 2009. – 96 с.
2. Дмитриева Е.Е. Коммуникативное развитие детей с легкими формами психического недоразвития на ранних этапах онтогенеза. – Нижний Новгород: НГПУ, 2004. – 258 с.
3. Зайцева И.А., Кукушкин В.С., Ларин Г.Г., Румега Н.А., Шатохина В.И. Коррекционная педагогика – М., Ростов-н/Д.: МарТ, 2004. – 352 с.
4. Крылова Е.В. Анализ описательных рассказов учащихся с задержкой психического развития // Коррекционная педагогика: теория и практика, 2013. – № 1(55). – С. 14 – 16.
5. Петровский А.В. Дети и тактика семейного воспитания. – М.: Проспект, 2002. – 308 с.
6. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития. Книга 1. / под. ред. С.Г. Шевченко – М.: Школьная пресса, 2004. – 96 с.
7. Слепович Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. – М.: Педагогика, 1990. – 96 с.
8. Чаплинская С.И. Речевая деятельность как средство коррекции коммуникативных умений у младших школьников с задержкой психического развития. – Автореф. дис. канд. пед. наук, СПб., 2002. – 281 с.
9. Эйдамиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Семейная психотерапия. – СПб.: Питер, 1999 – 656 с.