

РОДИТЕЛЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



2017

Министерство образования Сахалинской области
Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Институт развития образования Сахалинской области»

Кафедра психологии и специальной педагогики

РОДИТЕЛЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Методические рекомендации

Издательство ИРОСО
Южно-Сахалинск
2017

ББК 74.902.6
Р 60

Родителям, воспитывающим детей с задержкой психического развития: методические рекомендации / сост. Т.А. Титеева. — Южно-Сахалинск: Изд-во ИРОСО, 2017. — 28 с.

Сборник содержит информационный и методический материалы для родителей, педагогов, воспитателей, работающих с детьми с задержкой психического развития.

Директор В. Герасимов. Редактор А. Сафонова
Корректор И. Цой. Технический редактор Е. Фадеева

Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 1,63. Заказ № 544. Тираж 100 экз.

Издательство ИРОСО. 693000, г. Южно-Сахалинск, ул. Пограничная, 42
Тел. (4242) 300-298. Факс (4242) 242-501. E-mail: izdatelstvo@iroso.ru

© ГБОУ ДПО ИРОСО, 2017
© Издательство ИРОСО, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
I. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья	
1.1. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье	5
1.2. Наблюдение за новорожденным ребенком	6
II. Дети с задержкой психического развития	
2.1. Задержка психического развития у детей	11
2.2. Причины задержки психического развития у детей	14
2.3. Психолого-педагогические особенности детей с задержкой психического развития	15
2.4. Особенности адаптации детей с задержкой психического развития к школе	17
2.5. Профилактика задержки психического развития	19
III. Рекомендации для родителей детей с задержкой психического развития	
3.1. Общие рекомендации для родителей	22
3.2. Методические рекомендации психолога для родителей детей с задержкой психического развития	23
3.3. Советы учителя-дефектолога родителям детей с задержкой психического развития	25
Литература	28

ВВЕДЕНИЕ

Защита прав детей на жизнь и развитие определяет задачу консолидации усилий и устремлений общества независимо от религиозных, культурных и других убеждений.

Создание благоприятных социальных условий и поддержка общества будут способствовать улучшению жизни детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей. Права детей-инвалидов и их семей на здравоохранение, образование, социальное обслуживание и медицинскую реабилитацию закреплены в законах, указах Президента Российской Федерации и постановлениях Правительства Российской Федерации. В настоящее время существует целый ряд социальных льгот и гарантий, направленных на компенсацию ограничений, связанных с состоянием здоровья детей-инвалидов и учитывающих реальный уровень их возможностей.

Данное руководство адресовано прежде всего родителям, ожидающим или уже имеющим ребенка с задержкой психического развития, а также педагогам, обучающим таких детей.

I. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья

1.1. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье

Проблема детской и подростковой инвалидности с каждым годом приобретает все большее психолого-педагогическое, медицинское, социально-экономическое, нравственное и духовное значение. В настоящее время в России насчитывается около 80 тысяч детей-инвалидов, что составляет 2% детской и подростковой популяции. По данным проведенных научных исследований, в ближайшие десятилетия Россию ожидает увеличение численности детей-инвалидов.

Психологи выделяют четыре фазы психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к ребенку-инвалиду.

Первая фаза – «шок», характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха, возникновением чувства собственной неполноценности.

Вторая фаза – «неадекватное отношение к нарушению», характеризующаяся негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией.

Третья фаза – «частичное осознание дефекта ребенка», сопровождаемое чувством «хронической печали». Это депрессивное состояние, являющееся результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, следствием отсутствия у него положительных изменений.

Четвертая фаза – начало социально-психологической адаптации всех членов семьи, вызванной принятием ребенка, установлением адекватных отношений со специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям.

В 60–80% случаев детская инвалидность обусловлена патологией течения беременности, родов и первых дней жизни ребенка. В настоящее время имеется тенденция к росту числа детей, больных детским церебральным параличом, тугоухостью, врожденными и наследственными заболеваниями глаз.

Факторами, способствующими возникновению инвалидности у детей, являются также неблагоприятная экологическая обстановка, рост травматизма, недостаточные возможности и недооценка родителями значения здорового образа жизни, плохое здоровье родителей, нерациональное питание.

Воспитание в семье ребенка-инвалида и ребенка с ограниченными возможностями здоровья связано с рядом вопросов, потребностью в дополнительной информации и ресурсах, в том числе медицинских. К ним относятся: возможность получения своевременной и полной информации о нарушении развития ребенка, особенностях его течения, прогнозе, ожидаемых социальных трудностях; овладение практическими навыками выполнения медицинских рекомендаций, коррекции речи; поиск возможностей дополнительного консультирования ребенка, его госпитализация, получение путевки в санаторий.

1.2. Наблюдение за новорожденным ребенком

Родители не должны волноваться, что они останутся один на один со своими переживаниями и сомнениями по поводу здоровья малыша. Профессионально ответят на ваши вопросы и своевременно дадут рекомендации медицинские работники. Если вы, родители или патронатные воспитатели, заметили у ребенка отставание в развитии: не начинает ходить, не говорит, двигательно беспокоен, безучастен к окружающему, — необходимо обратиться к детскому врачу, психологу.

Показатели психофизического развития ребенка, на которые следует обратить внимание родителям, воспитывающим малыша, указаны в таблице 1.

Таблица 1

Показатели развития детей первого года жизни

Показатели развития	Возраст в месяцах			
	Доношенные дети	Недоношенные дети		
		Степень недоношенности		
		I (вес 2500–2001 г)	II (вес 2000–1501 г)	III (вес 1500–1001 г)
1	2	3	4	5
Пытается поднять голову, лежа на животе	1	1–2	2–3	3–4
Первая улыбка на речь взрослого	1	1–2	2–3	3–4
Следит взглядом за движущейся игрушкой	2	2–3	3–4	4–5
Лежа на животе, держит голову, опираясь на предплечье	2–3	3–4	4–5	5–6
В ответ на разговор с ним проявляет радость улыбкой, звуками, оживленными движениями рук и ног	2–3	3–4	4–5	5–6
Фиксирует взгляд на неподвижных предметах, находясь в любых положениях	4	4–5	5–6	6–7
Узнает мать	4	4–5	5–6	6–7
Поворачивает голову на звук	4	4,5	5,5	6
Громко смеется	4	4,5	5,5	6
Поворачивается со спины на живот	4	4,5	5,5	6
Захватывает подвешенную игрушку	4	4,5	5,5	6
Длительно «гулит»	4	4,5	5,5	6
Отличает чужих от близких	5	5,5	6	6,5
Различает тон, с которым к нему обращаются	5	5,5	6	6,5
Стоит, не подгибая ног, при поддержке подмышки	5	6	6,5	7,5
Четко берет игрушку, которую держат над его грудью	5	5,5	6	6,5
Переворачивается со спины на живот и с живота на спину	5–6	6–6,5	6,5–7	7–7,5

1	2	3	4	5
Произносит отдельные слоги «ма», «ба»	6	6	7,5	8
Свободно берет игрушку из разных положений	6	6,5	7	7,5
Хорошо ползает	7	8,5	9	10,5
Постукивает игрушкой об игрушку, перекладывает из одной руки в другую	7	7–7,5	7,5–8	8,5
Произносит слоги, многократно «лепечет»	7	9,5	10	11
На вопрос «где?» находит предмет, расположенный в определенном месте	7	8,5	9	10
Пьет из чашки, ест с ложки	7	7–7,5	7,5–8	8,5
Самостоятельно садится, сам встает у опоры, ходит, держась за барьер	8	9–9,5	10–10,5	11–12
Игрушками занимается долго	8	8,5	9	10
По просьбе взрослого выполняет некоторые движения: «дай ручку», «до свидания», «ладушки»	9	9,5	10	11
Подражая взрослому, повторяет известные и произносимые ранее им слоги	9	10,5	11	11,5
Хорошо ходит при поддержке за обе руки	9	9,5	10	11,5
Хорошо пьет из чашки, придерживая ее руками	9	9	10	11
Действует с предметами по-разному – катит, вынимает, складывает	9	9,5	10,5	11,5
Знает свое имя, достает предметы из массы игрушек	9	10	10,5	11,5
Открывает, закрывает коробку, матрешку, закладывает один предмет в другой	10	11	11,5	12,5
Подражает взрослому, повторяет за ним разнообразные звуки и слоги	10	11,5	12	13,5
Знает названия частей тела, дает знакомый предмет по просьбе взрослого	10	10,5–11,5	12–12,5	12–13,5

1	2	3	4	5
Стоит самостоятельно, без опоры	11	11,5	12	13
Накладывает кубики, снимает и надевает на пирамиду кольца	11	11,5	12	13
Употребляет первые слова – обозначения «кис-кис» и др.	11	12,5	13,5	14,5
Выполняет элементарные требования взрослых	11	11,5	12	13
Ходит самостоятельно	12	12–13	14	15
Произносит 8–10 слов	12	13–14	15	16
Сам берет чашку и пьет	12	12–13	14	16

Наряду с определением уровня физического развития одной из важнейших характеристик состояния здоровья является оценка нервно-психического развития ребенка. Ранняя диагностика отклонений в психическом развитии ребенка и направление к специалистам являются задачей педиатра, так как осмотр малыша невропатологом происходит лишь при углубленных медицинских осмотрах, а психиатр консультирует детей только по показаниям. Схема проведения скрининга для оценки нервно-психического развития ребенка приведена в таблице 2.

Таблица 2

Схема наблюдений для оценки нервно-психического развития ребенка

Возраст	Моторика	Точные движения	Взаимодействие с окружающими	Речь
1 мес.	Лежа на животе, поднимает подбородок		Следит за движущимися предметами	Прислушивается, улыбается
2 мес.	Лежа на животе, поднимает голову		Фиксирует взгляд, поворачивает голову на звук – 180°	Слушает голос, улыбается, гулит
6 мес.	Сидит некоторое время	Перекладывает игрушку из руки в руку	Предпочитает мать, высказывает неудовольствие	Издает многосложные звуки
9 мес.	Становится, подтягиваясь руками	Захватывает мелкий предмет пальцами	Играет со взрослыми, машет на прощание	Подражает звукам

1 год	Ходит с поддержкой за руку	Подает предмет по просьбе, знает «нельзя», ест из ложки	Идет на зов, выполняет просьбы (дай, принеси)	Произносит 2–3 (10) значащих коротких слова
1,5 года	С поддержкой идет по лестнице	Ест ложкой	Подражает действиям взрослых	Четко говорит простые слова
2 года	Бегает	Строит дом из 6 кубиков	Играет с другими	Говорит фразы в 2–3 слова
2,5 года	Идет по лестнице, меняя ноги	Строит дом из 9 кубиков	Убирает игрушки	Зовет себя «Я», знает полное имя
3 года	Стоит на одной ноге, ездит на трехколесном велосипеде	Может нарисовать окружность, крест	Моеет руки, ходит в туалет, помогает одеваться	Знает стихи, считает до трех предметов
4 года	Прыгает на одной ноге	Строит из кубиков по моделям	Играет в ролевые игры с детьми	Рассказывает истории

Воспитание и развитие особого ребенка доставляет очень много переживаний родителям. Поэтому семье, где растут такие дети, может быть необходима помощь в форме рекомендаций, которые помогут решить многие практические вопросы. Обогащая себя новыми знаниями, члены семьи смогут научиться выстраивать понятную для ребенка, эффективную стратегию воспитания, позволяющую всем чувствовать себя комфортно, выбрать тот или иной вид взаимодействия с ребенком в конкретной ситуации.

II. Дети с задержкой психического развития

2.1. Задержка психического развития у детей

Многие родители сталкиваются с диагнозом – задержка психического развития (далее – ЗПР) – при поступлении ребенка в школу, и такое заключение врача кого-то пугает, кто-то из родителей остается равнодушным, но оставлять без внимания такое заключение нельзя.



Задержка психического развития – это нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своем развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

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

1. Неосложненный психофизический и психический инфантилизм.

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

В дальнейшем К.С. Лебединской была предложена еще одна классификация:

1. *ЗПР конституционального происхождения* (неосложненный психический и психофизический инфантилизм, по классификации М.С. Певзнер и Т.А. Власовой). Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме, при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей младшего возраста. Для таких детей характерны яркие, но поверхностные и нестойкие эмоции, преобладание игровой мотивации, повышенный фон настроения, непосредственность.

Трудности обучения в младших классах у этих детей связаны с преобладанием игровой мотивации над познавательной, незрелостью эмоционально-волевой сферы и личности в целом. В таких случаях все вышеописанные качества часто сочетаются с инфантильным типом телосложения. Такое сочетание психических и физических черт часто обусловлено наследственными факторами, что позволяет видеть в нем один из видов нормативного психофизического развития. Иногда его также связывают с особенностями внутриутробного развития, в частности, многоплодия.

2. *ЗПР соматогенного происхождения*. Этот тип психической задержки обусловлен влиянием различных тяжелых соматических состояний, перенесенных в раннем возрасте (операции с наркозом, болезни сердца, малая подвижность, астенические состояния). Нередко имеет место и задержка эмоционального развития — соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротиче-

ских наслоений – неуверенностью, боязливостью, капризностью, связанными с ощущением своей физической неполноценности.

3. ЗПР психогенного происхождения. Этот тип нарушения связан с неблагоприятными условиями воспитания, рано возникшими и длительно действующими. ЗПР такого типа возникает в трех основных случаях:

Недостаточная опека, безнадзорность. Это наиболее часто встречающийся вариант. В таких случаях у ребенка наблюдается аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости. У ребенка не воспитываются формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов. Наблюдаются черты незрелости эмоционально-волевой сферы, а именно: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость. Также наблюдается недостаток базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы. К.С. Лебединская отмечает отдельно, что этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, которые являются не патологическим явлением, а ограниченным дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации.

Гиперопека, или воспитание по типу «кумира семьи». Чаще всего бывает у тревожных родителей. Они «привязывают» ребенка к себе, одновременно потакая капризам и заставляя его поступать наиболее удобным и безопасным для родителя способом. Из окружения ребенка устраняются любые препятствия или опасности, как реальные, так и мнимые. Таким образом, ребенок лишается возможности самостоятельно преодолевать трудности, соотносить свои желания и потребности с усилиями, которые надо приложить, чтобы их реализовать. В результате возникает все та же неспособность к торможению собственного аффекта, эмоциональная лабильность и т.д. Ребенок не самостоятелен, не инициативен, эгоцентричен, не способен к длительному волевому усилию, чрезмерно зависим от взрослых. Развитие личности идет по принципу психогенного инфантилизма.

Развитие личности по невротическому типу. Наблюдается в семьях с очень авторитарными родителями или там, где допускается постоянное физическое насилие, грубость, деспотичность, агрессия к ребенку другими членами семьи. У ребенка могут

возникнуть навязчивости, неврозы или неврозоподобные состояния. Формируется эмоционально-незрелая личность, для которой характерны страхи, повышенный уровень тревожности, нерешительность, безынициативность, возможен и синдром выученной беспомощности. Интеллектуальная сфера страдает, так как вся деятельность ребенка подчинена мотиву избегания неудачи, а не достижению успеха, следовательно, такие дети, в принципе, не будут делать ничего, что могло бы лишний раз подтвердить их несостоятельность.

4. *ЗПР церебрально-органического происхождения.* Это наиболее часто встречающийся вариант. Среди детей с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения выделяют группы с проявлениями психической неустойчивости и психической тормозимости. Дети первой группы – шумные и подвижные: на переменах и прогулках забираются на деревья, катаются на перилах, громко кричат, пытаются участвовать в играх других детей, но, не умея следовать правилам, ссорятся, мешают другим. Со взрослыми бывают ласковыми и даже назойливыми, но легко вступают в конфликт, проявляя при этом грубость и крикливость. Чувства раскаяния и обиды у них неглубокие и кратковременные.

При психической тормозимости наряду с личностной незрелостью особенно проявляется несамостоятельность, нерешительность, робость, медлительность. Симбиотическая привязанность к родителям приводит к трудностям привыкания к школе. Такие дети часто плачут, скучают по дому, избегают подвижных игр, теряются у доски и часто не отвечают, даже зная правильный ответ. Низкие оценки и замечания могут вызвать у них слезы.

2.2. Причины задержки психического развития у детей

К основным причинам, способствующим задержке психического развития у детей, относят:

1. Очаговые поражения центральной нервной системы, вызванные некоторыми проблемами, такими как: патология внутриутробного развития, длительная гипоксия, вирусные заболевания матери во время беременности, патология родов (преждевременная отслойка плаценты, применение механической стимуляции и т.п.), заболевания в первые три года жизни ребенка.

2. Хронические заболевания, частое пребывание в стационарах, особый режим сохранности физического здоровья.

3. Длительная социокультурная депривация – неблагополучная, асоциальная семья или сиротство.

4. Длительное или чрезмерно сильное воздействие психотравмирующих факторов, в том числе гиперопеки.

По разным оценкам, от 80 до 90% всех случаев ЗПР относятся к церебрально-органическим поражениям, т.е. ЗПР, вызываемой очаговыми поражениями мозга. Это самая тяжелая форма ЗПР.

2.3. Психолого-педагогические особенности детей с задержкой психического развития

Недоразвитие эмоционально-волевой сферы обычно выражается в недостаточной мотивации к общению, уровень развития эмоций соответствует более младшему возрасту, повышенная внушаемость, быстрая нервная истощаемость, слабость воображения при общей обедненности игровой деятельности, яркая эмоциональная увлеченность.

Недоразвитие познавательной сферы выражается в отсутствии мотивации к обучению, недостатке любопытства, низкой познавательной активности, поиске легких путей, предложении первого попавшегося решения и нежелании или невозможности подумать над другими вариантами.

При ЗПР страдают все функции высшей нервной деятельности: память, речь, мышление, воля, эмоции, внимание, воображение.

Необходимо отметить, что поступающим в школу детям с ЗПР присущ ряд специфических особенностей. Они не обнаруживают готовности к школьному обучению, у них нет нужных для усвоения программного материала умений, навыков и знаний, в связи с этим дети оказываются не в состоянии (без специальной помощи) овладевать счетом, чтением, письмом, им трудно соблюдать принятые в школе нормы поведения, они испытывают затруднения в произвольной организации деятельности. Трудности усугубляются ослабленным состоянием их нервной системы. Дети быстро утомляются, работоспособность их падает, а иногда они просто перестают выполнять начатую работу. Для детей с задержкой психического развития характерна несформированность общей способности к учению, что лежит в основе

снижения обучаемости и определяет проблемы школьного обучения. Дети с ЗПР в единицу времени воспринимают меньший объем информации, чем их сверстники. Установлено, что многие из детей с ЗПР испытывают трудности в процессе восприятия (зрительного, слухового, тактильного) предметов или объектов.

Значительным своеобразием отличается поведение этих детей. После поступления в школу они продолжают вести себя, как дошкольники. Ведущей деятельностью остается игра. У детей не наблюдается положительного отношения к школе. Учебная мотивация отсутствует или крайне слабо выражена. Отмечаются проблемы в формировании нравственно-этической сферы – страдает сфера социальных эмоций, дети не готовы к «эмоционально теплым» отношениям со сверстниками, могут быть нарушены эмоциональные контакты с близкими взрослыми, дети слабо ориентируются в нравственно-этических нормах поведения.

Большое значение для адаптации детей с ЗПР играет общение. Когда ребенок приходит в школу, то он сталкивается не только с новой средой, но и с новыми людьми. Дети с ЗПР очень общительные и хорошо идут на контакт, но некоторые могут негативно и неадекватно реагировать на других детей из-за своих психических особенностей. Поэтому очень важно, чтобы дети безболезненно приняли новое окружение. Неблагоприятное положение детей с задержкой психического развития в среде сверстников рождает у них ряд гиперкомпенсаторных реакций. Стремясь обеспечить себе успех, они еще прочнее фиксируются в своей деятельности на более раннем возрастном интеллектуальном уровне, в частности на игре, дающей больше шансов на успех. Таким образом, игровые интересы этих детей не только определяются незрелостью эмоциональной сферы, но и вторично закрепляются неуспехом в учебной деятельности. Все это усугубляет нарушения адаптации этих детей к школьным условиям, способствует их невротизации, а в старшем возрасте и нарушению поведения.

Отсутствие адаптации у детей с особенностями в обучении связано с поведенческими проблемами – низким усвоением школьных норм поведения. На уроках эти дети невнимательны, часто не слушают объяснения учителя, отвлекаются на посторонние занятия и разговоры, если же они сосредотачиваются на задании, то выполняют его правильно. На перемене происходит разрядка напряжения: они бегают, кричат, мешают другим ребятам. Все это

постепенно приводит к их изоляции, все чаще в поведении проявляются вспышки гнева, злости по отношению к одноклассникам.

От отношения учителя к ученикам на начальном этапе адаптации к школе во многом зависит то, как будут складываться взаимоотношения «учитель — ученик», отношения, определяющие в значительной степени психологическую адаптацию ребенка в школе. Как правило, учитель для ученика — высший авторитет, которому на первых порах уступает даже авторитет родителей. Учитель не просто взрослый, а авторитетный наставник, требующий выполнения определенных правил поведения, пресекающий их нарушения, вся деятельность которого подчинена основной задаче — дать детям знания. И ученики, как правило, очень хорошо понимают это. Они четко осознают дистанцию, понимают статус учителя, отличают его от других взрослых. Однако есть дети с ЗПР, не осознающие специфическую позицию учителя и свое положение ученика. Такой ребенок может сказать учителю в ответ на его замечание: «Я не хочу здесь учиться: мне с вами неинтересно». Родителям важно рассказывать ребенку о важной роли учителя в школе.

Таким образом, поступление в школу является огромным стрессом для детей с ЗПР. Дети приходят в новую сферу жизни, изменяется их основная деятельность. Раньше их ведущей деятельностью была игра, а теперь это учеба. Но для детей с особенностями в развитии основную деятельность составляет игра и в школе. Дети не имеют мотивации к учебе, им сложно приспособиться к новому режиму дня, к определенному расписанию уроков, они быстро утомляются. Дети с задержкой психического развития обладают значительно меньшим запасом элементарных практических знаний и умений, чем их нормально развивающиеся сверстники. Только специальные коррекционные целенаправленные упражнения, задания, дидактические игры помогают преодолевать указанные отклонения в их развитии.

2.4. Особенности адаптации детей с задержкой психического развития к школе

Практический опыт показывает, что почти все дети с задержкой психического развития могут стать успевающими учениками общеобразовательной школы. При этом очень важно, чтобы родители знали, что трудности на начальном этапе обучения ребен-

ка не всегда являются результатом нерадивости или лени, а имеют объективные причины, которые могут быть успешно преодолены. Успешность адаптации зависит от общения ребенка с одноклассниками и учителем. Также с детьми с ЗПР проводит работу психолог, оказывает помощь дефектолог. Они проводят коррекционно-развивающие занятия для адаптации ребенка к учебе. Родителям, в свою очередь, важно понимать, что их ребенок будет обучаться медленнее других детей, но для того, чтобы достичь лучших результатов, нужно обратиться за квалифицированной помощью к специалистам (педагогу-дефектологу и, если нужно, к врачу-психотерапевту) и как можно раньше начать продуманное и целенаправленное воспитание и обучение, создать все необходимые условия в семье, в которых нуждается ребенок и которые соответствуют его состоянию. При оказании помощи со стороны специалистов и поддержке родителей дети с ЗПР легче адаптируются.

В развитии психики особую роль играет эмоциональное состояние. При задержке психического развития детские эмоции отличаются неустойчивостью, что нередко приводит к неадекватным действиям и поступкам. Поэтому развитие детей с ЗПР имеет свои особенности: одна из самых важных — невозможность длительной целенаправленной концентрации на каком-либо виде деятельности. Это свидетельствует о неустойчивой эмоционально-волевой сфере. Причиной такого состояния является низкая психическая активность ребенка. Проявляются отрицательные черты так называемого кризиса возраста и развития. Из-за этого контакты с другими людьми устанавливаются с большим трудом. Частые эмоциональные расстройства выражаются в страхе, тревоге и непредсказуемых действиях, совершаемых в состоянии аффекта. Кроме того, дети с ЗПР отличаются повышенной утомляемостью, низким уровнем психических процессов и гиперактивностью. В большинстве случаев они несамостоятельны, требуют постоянного контроля при выполнении заданий. В процессе изучения особенностей развития таких детей стало очевидно, что симптомы ЗПР наиболее полно проявляются у старших дошкольников перед началом учебы. В это время в детском саду идет интенсивная подготовка к школе, проводятся занятия и тестирования, определяющие уровень развития. Для детей с ЗПР существуют специальные детские сады с наиболее оптимальными условиями для коррекции психического развития. Отклоне-

ния, связанные с задержкой психического развития, считаются временным явлением. Они вполне могут быть частично или полностью компенсированы методами специального обучения и воспитания. При условии своевременного начала занятий ЗПР у ребенка постепенно поддается полной коррекции и состояние достигает уровня обычных детей. При этом нужно в обязательном порядке устранить все причины, способствующие этому нарушению. В случае необходимости проводится специальное лечение.

2.5. Профилактика задержки психического развития

Диагноз ЗПР появляется в медицинской карте чаще всего ближе к школьному возрасту, лет в 5–6, либо уже тогда, когда ребенок сталкивается непосредственно с проблемами в обучении. А ведь при своевременной и грамотно построенной коррекционно-педагогической и медицинской помощи возможно частичное и даже полное преодоление данного отклонения в развитии. Проблема в том, что диагностирование ЗПР на ранних стадиях развития представляется довольно проблематичным. Его методы основаны в первую очередь на сравнительном анализе развития ребенка с соответствующими его возрасту нормами. Поэтому на первое место должна выходить профилактика ЗПР у детей дошкольного возраста. Рекомендации по этому поводу ничуть не отличаются от тех, которые можно дать любым молодым родителям. В первую очередь это создание максимально благоприятных условий для протекания беременности и родов, избегание факторов риска, которые могут привести к нарушению в развитии психики ребенка, и, конечно, пристальное внимание к развитию малыша с первых же дней его жизни. Последнее одновременно дает возможность вовремя распознать и скорректировать отклонения в развитии.

При малейших подозрениях на неблагополучие в первую очередь необходимо показать новорожденного невропатологу. Сегодня, как правило, все дети после первого месяца отправляются на обследование к этому специалисту. Многие получают направление прямо из роддома. Даже если и беременность, и роды прошли идеально, ваш малыш прекрасно себя чувствует, и нет ни малейшего повода для беспокойства – не поленитесь и посетите врача.

Специалист, проверив наличие или отсутствие различных рефлексов, которые, как известно, сопровождают ребенка на

протяжении всего периода новорожденности и младенчества, сможет объективно оценить развитие малыша. Также врач проверит зрение и слух, отметит особенности взаимодействия его со взрослыми. Если потребуется, назначит проведение нейросонографии — ультразвукового исследования, которое позволит получить ценную информацию о развитии головного мозга.

Зная возрастные показатели нормы, представленные в первой главе данного пособия, вы и сами сможете следить за психомоторным развитием крохи. Сегодня в Интернете и различных печатных изданиях можно найти множество описаний и таблиц, где подробно показано, что должен уметь малыш в том или ином возрасте, начиная с первых дней жизни. Там же можно найти перечень особенностей поведения, которые должны насторожить молодых родителей. Обязательно ознакомьтесь с этой информацией и, если появились хоть малейшие подозрения — немедленно отправляйтесь на прием к врачу, чтобы исключить вероятность нарушения в развитии вашего малыша либо получить рекомендации по ранней помощи.

Если вы уже побывали на приеме, и доктор счел нужным прописать лекарства, не стоит пренебрегать его рекомендациями. А если сомнения не дают покоя или врач не внушает доверия, покажите ребенка другому, третьему специалисту, задавайте волнующие вас вопросы, постарайтесь собрать максимальное количество информации. Если вас смущает лекарство, выписанное доктором, не стесняйтесь расспросить о нем подробнее, пусть врач расскажет, как оно действует, какие вещества входят в его состав, почему именно оно необходимо вашему ребенку. Ведь иногда под угрожающе звучащими названиями скрываются относительно безобидные препараты, выполняющие роль своего рода витаминов для мозга.

Конечно, многие врачи неохотно делятся подобными сведениями, не без основания считая, что нет необходимости посвящать в чисто профессиональные дела людей, не имеющих отношения к медицине. Но попытка — не пытка. Если же не удалось побеседовать со специалистом, постарайтесь найти людей, столкнувшихся с аналогичными проблемами. Здесь на помощь опять же придет Интернет и соответствующая литература. Но, конечно, не стоит принимать на веру все высказывания родителей на интернет-форумах, ведь большинство из них не имеют медицинского образова-

ния, а лишь делятся своим личным опытом и наблюдениями. Эффективнее будет воспользоваться услугами online-консультанта, который сможет дать квалифицированные рекомендации.

Помимо посещения врачебных кабинетов, можно выделить несколько моментов, касающихся взаимодействия родителей с детьми, которые также являются необходимыми для нормального и полноценного развития ребенка. Составляющие общения с малышом знакомы каждой заботливой маме и настолько просты, что мы даже не задумываемся об их колоссальном влиянии на растущий организм. Это телесно-эмоциональный контакт с малышом. Телесный контакт подразумевает под собой любое прикосновение к ребенку, объятия, поцелуй, поглаживание по голове. Так как в первые месяцы после рождения у малыша очень сильно развита тактильная чувствительность, телесный контакт помогает ему ориентироваться в новой для него обстановке, чувствовать себя более уверенно и спокойно. Малыша обязательно нужно брать на руки, ласкать его, гладить не только по головке, но и по всему телу. Прикосновение нежных родительских рук к коже малыша позволит ему сформировать правильный образ своего тела, адекватно воспринимать пространство вокруг себя.

Особое место отводится контакту глаз, который является основным и самым эффективным способом передачи чувств. В особенности, конечно, это касается младенцев, которым пока недоступны иные средства общения и выражения эмоций. Добрый взгляд снижает тревожность у малыша, действует на него успокаивающе, придает чувство защищенности. И, конечно, очень важно все свое внимание уделять малышу. Некоторые полагают, что, потакавая капризам младенца, вы тем самым балуете его. Это не совсем так. Ведь маленький человечек настолько неуверенно чувствует себя в совершенно незнакомой ему обстановке, что ему постоянно требуется подтверждение того, что он не одинок, он кому-то нужен. Если ребенок недополучил внимания в раннем детстве, это обязательно скажется впоследствии.

Стоит ли говорить, что малыш с теми или иными нарушениями в развитии нуждается в тепле маминых и не только рук, ее ласковом голосе, доброте, любви, внимании и понимании в тысячу раз больше своих здоровых сверстников.

III. Рекомендации для родителей детей с задержкой психического развития

3.1. Общие рекомендации для родителей

1. Необходимо готовить ребенка к школе, заниматься с ним, приучать к определенному режиму дня.

2. С детьми необходимо постоянно общаться, проводить занятия, выполнять рекомендации педагога, психолога и дефектолога.

3. Больше времени уделять знакомству с окружающим миром: ходить с ребенком в магазин, в зоопарк, на детские праздники, прогулки, больше разговаривать с ним о его проблемах, рассматривать с ним книжки, картинки, сочинять разные истории, чаще рассказывать о том, что вы делаете, привлекать его к посильному труду.

4. Главное – необходимо оценить возможности ребенка с ЗПР и поощрять его успехи, заметить прогресс (пусть незначительный), а не думать, что, взрослея, он сам всему научится.

5. Не требуйте от ребенка того, чего он еще не умеет.

6. При неудаче в учебе никогда не ставьте в пример конкретного ученика или человека.

7. Давайте ребенку возможность вести себя в свободное от учебы время как дошкольнику. Ему это необходимо. Гуляйте с ребенком не меньше сорока минут в день.

8. Бег, подвижные игры, плавание помогут снимать напряжение. Важно, чтобы занятия спортом не переутомляли ребенка.

9. Ограничьте время приготовления уроков одним часом. Делайте перерывы во время приготовления домашнего задания.

10. Ежедневно ненавязчиво интересуйтесь школьной жизнью ребенка. Делитесь своим школьным опытом.

11. Играйте с ребенком.

12. Похвалите ребенка за малейшее достижение в учебной деятельности и в поведении, чтобы он чувствовал себя успешным.

13. Оказывайте ребенку эмоциональную поддержку. Проявляйте участие к проблемам ребенка.

14. Создайте для ребенка шадящий режим.

15. Сохраните дневной сон (у кого он был до школы) или послеобеденный отдых.

16. Ограничьте виды деятельности, возбуждающие ребенка: посещение театра, приглашение гостей или нанесение визитов.

17. Сократите время просмотра телевизора и время, проводимое за компьютером (общее время – не более полутора часов).

18. Если ребенок сильно устает, можно укладывать его пораньше спать.

19. Не кричите на ребенка.

20. Не обсуждайте при ребенке ни положительные, ни отрицательные качества школы, учителя, одноклассников и их родителей.

21. Любите и во всем помогайте своему ребенку.

3.2. Методические рекомендации психолога для родителей детей с задержкой психического развития

Успех коррекционного обучения ребенка с задержкой психического развития во многом определяется тем, насколько четко организована преемственность в работе педагога-психолога, учителя-дефектолога, воспитателей и родителей.

1. У ребенка с ЗПР ослаблена память, не сформировано произвольное внимание, отстают в развитии мыслительные процессы, поэтому необходимо закреплять изученный материал в школе и дома. Для этого задаются домашние задания на повторение изученной темы.

2. Необходимо приучать ребенка к самостоятельному выполнению заданий. Не следует спешить, показывая, как нужно выполнять задание, пусть попробует решить сам. Помощь должна носить своевременный и разумный характер.

3. Важно определить, кто именно из взрослого окружения ребенка будет с ним заниматься по заданию дефектолога, психолога.

4. Время занятий (не более одного часа) должно быть закреплено в режиме дня. Постоянное время занятий дисциплинирует ребенка, помогает усвоению учебного материала.

5. При получении задания необходимо внимательно ознакомиться с его содержанием, убедиться, что вам все понятно.

6. В затруднительных случаях можно проконсультироваться у педагога.

7. Подберите необходимый наглядный дидактический материал, пособия, которые рекомендует педагог, учитель-дефектолог, психолог.

8. Занятия должны быть регулярными.

9. Закрепление знаний может проводиться во время прогулок, поездок, по дороге в школу. Но некоторые виды занятий требуют обязательной спокойной деловой обстановки, а также отсутствия отвлекающих факторов.

10. Необходимо разнообразить формы и методы проведения занятий, чередовать занятия по развитию речи с заданиями по развитию внимания, памяти, мышления.

11. Необходимо придерживаться единых требований, которые предъявляются к ребенку.

12. У ребенка с ЗПР практически всегда нарушено речевое развитие, поэтому необходимо ежедневно тренировать ребенка в выполнении артикуляционной гимнастики. Упражнения обязательно выполняются перед зеркалом, рекомендации по их выполнению вам даст учитель-логопед.

13. Особое внимание уделяется не скорости, а качеству и точности выполнения артикуляционных упражнений.

14. Важно следить за чистотой выполнения движений: без сопутствующих движений, плавно, без излишнего напряжения или вялости, следить за полным объемом движений, за точностью, темпом упражнений, часто – под счет взрослого.

15. Каждое артикуляционное упражнение рекомендуется выполнять сначала медленно, затем темп ускорять.

16. Упражнение выполняется 6–8 раз по 10 секунд (можно больше). Для лучшей наглядности упражнения делаются совместно с ребенком, каждое движение старательно показывается и объясняется.

17. Для закрепления звука в слове, слове необходимо повторять речевой материал не менее трех раз.

18. Нужный звук следует произносить в слове или слове утрированно (намеренно выделяя голосом).

19. Тетрадь для закрепления материала необходимо содержать в аккуратном виде.

20. Будьте терпеливы с ребенком, доброжелательны, но достаточно требовательны.

21. Отмечайте малейшие успехи, учите ребенка преодолевать трудности.

22. Своевременно консультируйтесь и проводите лечение детей у врачей, к которым направляет учитель-дефектолог, учитель-логопед.

3.3. Советы учителя-дефектолога родителям детей с задержкой психического развития

1. Разговаривайте со своим ребенком во время всех видов деятельности, таких, как приготовление еды, уборка, одевание-раздевание, игра, прогулка и т.д. Говорите о том, что вы делаете, видите, что делает ребенок, что делают другие люди и что видит ваш ребенок.

2. Говорите спокойно, в нормальном темпе, с интонацией.

3. Говорите, используя правильно построенные фразы, предложения. Ваше предложение должно быть на одно-два слова длиннее, чем у ребенка. Если ваш ребенок пока еще изъясняется только однословными предложениями, то ваша фраза должна состоять из двух слов.

4. Задавайте открытые вопросы. Это будет стимулировать вашего ребенка использовать несколько слов для ответа. Например, спрашивайте: «Что мальчик делает?» вместо «Мальчик играет?». Если ребенок затрудняется в ответе, задавая вопрос, используйте слово «или». Например: «Мальчик прыгает или бегает?».

5. Выдерживайте временную паузу, чтобы у ребенка была возможность подумать, прежде чем говорить и отвечать на вопросы.

6. Слушайте звуки и шумы, которые нас окружают. Скажите ребенку: «Послушай, как лает собака, а вот шумит ветер» и т.д. А потом спросите: «Что это?». Это может быть лай собаки, шум ветра, мотор самолета, шелест листьев, журчание ручейка и т.д.

7. Расскажите короткую историю. Затем помогите ребенку ее же рассказать вам или кому-нибудь еще. При затруднениях давайте ребенку наводящие вопросы.

8. Если ребенок употребляет всего лишь несколько слов, помогайте ему обогащать свою речь новыми словами. Выберите пять-шесть слов (части тела, игрушки, продукты) и назовите их ребенку. Дайте ему возможность повторить эти слова. Не ожидайте, что ребенок произнесет их отлично. Воодушевите ребенка и продолжайте их заучивать. После того, как ребенок произнес эти слова, введите пять-шесть новых слов. Продолжайте добавлять слова до тех пор, пока ребенок не узнает большую часть предметов окружающей жизни. Занимайтесь каждый день.

9. Если ребенок произносит предложение, содержащее только одно слово, начните учить его коротким фразам. Используйте слова, которые ваш ребенок знает. Добавьте цвет, размер, действие. Например, если ребенок говорит «мяч», последовательно научите его говорить «большой мяч», «Танин мяч», «круглый мяч» и т.д.

10. Большинство занятий проводите в игровой форме. Работа с ребенком должна активизировать речевое подражание, формировать элементы связной речи, развивать память и внимание. Не забывайте – лучше учить ребенка, играя с ним.

11. Ребенок с нарушенным развитием нуждается в согласованных действиях родителей и специалистов. Наиболее высокие результаты развития и адаптации особого ребенка достигаются при сочетании семейного воспитания и комплексной помощи специалистов. Отсутствие одного из этих факторов значительно сужает перспективы развития ребенка.

12. Изучите всю доступную для вас специальную литературу по этому вопросу. Сейчас в Интернете достаточно много сайтов, на которых специалисты дают рекомендации и проводят консультации.

13. Найдите единомышленников – равнодушных родителей, воспитывающих таких же проблемных детей, поддержка вам необходима.

14. Научитесь терпению, понимая, что ваш ребенок особенный, обычные методы воспитания с понуканием, принуждением и нотациями вам точно не подойдут.

15. Переключитесь на ребенка. Понаблюдайте за ним. Заведите дневник наблюдения, показывайте его периодически специалистам. Постоянно интересуйтесь в школе достижениями или проблемами ребенка.

16. Старайтесь самостоятельно работать с ребенком по советам специалистов. Перестаньте его опекать, давайте самостоятельность, но под контролем, так как полная свобода действий тоже не решит проблему.

17. Выполняйте с ребенком домашнее задание. Для этого не лишне будет напомнить, что сосредоточенность на материале на первых порах будет от 8 до 15 минут, после этого надо дать ребенку другой вид умственной деятельности, а через 30–40 минут сделать перерыв и позаниматься физическими упражнениями, прогуляться на свежем воздухе. Особое внимание следует уделять занятиям по развитию речи, тренировке памяти, внимания.

18. Оставайтесь всегда позитивными, создайте ребенку атмосферу комфорта, радости от учения, стимулируйте его мотивацию к учению, но не сюсюкайте.

19. Постоянно общайтесь, разговаривайте с ребенком, давайте возможность отвечать на простые вопросы, которые требуют размышления, вдумчивости. Вопросы не надо специально придумывать, это может быть рассказ о том, что делали в школе, что ему понравилось, какой урок он больше всего запомнил, что задали на дом и тому подобное.

Всегда надо помнить, что ЗПР – это диагноз, а не приговор на всю жизнь. Только от совместных усилий родителей, школы и медицинского учреждения зависит дальнейшее развитие ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев, А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей / А.Ф. Ануфриев. – М.: Просвещение, 2004.
2. Безруких, М.М. Готов ли ребенок к школе? / М.М. Безруких. – М.: Вентана-Граф, 2001.
3. Безруких, М.М. Леворукий ребенок / М.М. Безруких. – М.: Вентана-Граф, 2001.
4. Безруких, М.М. Ребенок-непоседа / М.М. Безруких. – М.: Вентана-Граф, 2001.
5. Безруких, М.М. Комплект «Ступеньки к школе»: Тренируем пальчики. Учимся рисовать. Учимся находить одинаковые фигуры. Учимся рассказывать по картинкам. Азбука письма. Азбука счета. Учимся узнавать геометрические фигуры. Цвет. Мир вокруг меня. Учимся находить противоположности. Развиваем логическое мышление и память. Учимся учиться / М.М. Безруких, Т.А. Филиппова. – М.: Дрофа, 2000.
6. Гарбузов, В.И. Нервные и трудные дети / В.И. Гарбузов. – М.: АСТ, 2005.
7. Забрамная, С.Д. Развитие ребенка в ваших руках / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. – М.: Новая школа, 2000.
8. Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психическом развитии / Под ред. Е.А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. – М.: Полиграф сервис, 2002.
9. Лубовский, В.И. Задержка психического развития / В.И. Лубовский // Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. – М., 2003.
10. Рыбакова, С.Г. Арт-терапия для детей с ЗПР: учебное пособие / С.Г. Рыбакова. – СПб.: Речь, 2007.
11. Щербакова, А.М. Воспитание ребенка с нарушениями развития / А.М. Щербакова. – М.: НЦ ЭНАС, 2002.