

Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №18
комбинированного вида Кировского района Санкт-Петербурга

Особенности эмоционально-волевой сферы у детей
с различными формами
задержки психического развития

Составитель:

Еремеева Инна Анатольевна

Санкт-Петербург

2014

Оглавление

Введение

Глоссарий

Глава 1. Научно-теоретическое исследование

1.1. Особенности эмоционального развития детей у нормы

1.2. Особенности эмоционального развития у детей с ЗПР

1.3. Причины возникновения ЗПР

1.4. Формы ЗПР

1.5. Классификация основных видов ЗПР

1.6. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с различными формами ЗПР

1.7. Зона ближайшего развития у детей с ЗПР

1.8. «Тревога» – как психическое состояние у детей с ЗПР. Причины детской тревожности

Глава 2. Особенности речевого развития детей с ЗПР

2.1. Нарушение речи детей с ЗПР

2.2. Отбор методов для проведения эксперимента

Заключение

Словарь

Список используемой литературы

Введение

На современном этапе одной из актуальных проблем становится проблема адекватной постановки заключения об уровне как общего личностного развития ребёнка дошкольника, так и развития отдельных свойств и состояний личности.

В психологических исследованиях некоторых авторов (И.И. Мамайчук, И.Я. и М.М. Семаго, И.Ф. Марковская, Н.Л. Белопольская, В.В. Лебединский, А.И. Захаров, Т.Н. Павлий; 2000г.) мотивационной и эмоционально-волевой сферы, особенностей развития личности подчеркивается у детей с ЗПР недоразвитие эмоционально-волевой сферы, эмоционально-волевая незрелость (повышенная эмоциональность, неустойчивость, несамостоятельность и т.д.).

И изучение закономерностей аномалий развития психики является важной и актуальной, необходимой задачей. Именно поиск этих закономерностей изучения причин и механизмов формирования того или иного дефекта психического развития позволяют своевременно диагностировать нарушения и искать способы их коррекции.

Изучение проблемы детской тревожности, как устойчивой характеристики, стоит в ряду особо актуальных, так как тревога и тревожность оказывают негативное влияние на поведение и деятельность.

Цель работы: Обзор отечественной и зарубежной литературы по теме: «Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ЗПР».

Задачи:

1. Обзор отечественной и зарубежной литературы по исследованиям детей с ЗПР мотивационной и эмоционально-волевой сферы.
2. Отбор методов и методик для проведения эксперимента.

Глоссарий

ЗПР – задержка психического развития – синдром временного отставания психики в целом или отдельных ее функций, замедление темпа реализации потенциальных возможностей организма.

ММД – минимальная мозговая дисфункция.

ЗБР – зона ближайшего развития – понятие, введенное Л.С. Выготским для характеристики связи обучения и психического развития. ЗПР определяется содержанием тех задач, которые ребенок еще не может решить самостоятельно, но уже осуществляет с помощью взрослого.

МПЗ – механизм психологической защиты.

Глава 1. Научно-теоретическое исследование

1.1. Особенности эмоционального развития детей у нормы

В исследованиях эмоционального состояния детей дошкольного возраста (А.Д. Кошелева, В.И. Перегуда, И.Ю. Ильина, Г.А. Свердлова, Е.П. Арнаутова) устойчивое, положительное, комфортное эмоциональное состояние рассматривается как *базовое*, являющееся основой всего отношения ребенка к миру и влияющее на особенности переживания семейной ситуации, познавательную среду, эмоционально-волевую, стиль переживания стрессовых ситуаций, отношение со сверстниками. Обобщенно такое базовое эмоциональное состояние характеризуется как чувство эмоционального благополучия. Высокий уровень эмоционального благополучия формируется при эмоционально-принимаящем и поддерживающем типе взаимодействия. Разные формы эмоционально-зависимых и эмоционально-отвергающих типов взаимодействия и степень их выраженности продуцирует средний или низкий уровень эмоционального благополучия ребенка.

Исследования эмоционального благополучия в разных возрастах показали, что оно проявляется не только в преимущественном положительном фоне настроения, но и в стиле переживания результатов познавательной мотивации, включении взрослого в совместную деятельность, отношении к оценке взрослого, развитию самоконтроля, стиля переживания ситуации разлуки с близкими взрослыми.

В младшем возрасте эмоциональное благополучие определяется как базовое чувство эмоционального комфорта, обеспечивающее доверительное и активное отношение к миру.

В более старшем возрасте эмоциональное благополучие обеспечивает высокую самооценку, сформированный самоконтроль, ориентацию на успех в достижении целей, эмоциональный комфорт.

Эмоции включают **три** компонента:

- 1) Собственно субъективное переживание (радость, огорчение, ожидание и т.д.).
- 2) Комплекс физиологических сдвигов в организме (краснеем, бледнеем, потеем). Эмоции прямо связаны с характером.
- 3) Комплекс выразительности движений (мимика, жесты).

Джеймс – Ланге (1980 г.) в своей теории «Эмоции человека» писали: «Главная функция – регуляция, приведение состояния организма в соотнесение с ситуацией»...

По классической информационной теории Анохина:

- отрицательная эмоция включается как сигнал неудовлетворенности потребностей;
- запускается активность в деятельность;
- Если результат деятельности положительный, восстановлен гомеостаз, включается положительная эмоция, как сигнал к покою;
- Если в результате деятельности потребность по-прежнему не удовлетворена, то включается отрицательная эмоция и новый цикл.

По теории Симонова (1985 г.) «Информационная теория эмоций»:

- человек реагирует не просто на то, что есть, но и на сочетание того, что есть.

$$\mathcal{E} = K (I_a - I_o)$$

I_o – прогнозируемая информация;

I_a – то, что реально есть;

K – коэффициент;

$\mathcal{E}$ – эмоция.

Большинство теорий – субъективное переживание. Эмоции бывают как положительные, так и отрицательные. И они отличаются по субъективному компоненту, т.е. от самого человека. Отличаются также ролью в регуляции поведения.

Бывают: стенические и астенические.

Стенические – эмоции напряжения.

Астенические – эмоции расслабления.

Стенические и астенические эмоции могут быть и положительными и отрицательными.

Базовые эмоции – радость, страх, удивление, гнев, вина, интерес, стыд, страдание, отвращение, презрение (Изард К. «Эмоции человека» (1980 г.)

Комплексные эмоции – любовь, тревога, депрессия, вражда.

По Ганзену В.А. базовые эмоции – атараксия (полное спокойствие), волнение, радость, грусть, наслаждение, тоска, счастье, печаль, эйфория (восторг), горе, экстаз, негодование, гнев, радость.

Отрицательные эмоции приводят к заболеваниям (психосоматика). Любое эмоциональное переживание – это сильный энергетический разряд, который возникает в ц.н.с. (по теории Анюхина).

1.2. Особенности эмоционального развития у детей с ЗПР

У дошкольников с ЗПР наблюдается отставание в развитии эмоций, наиболее выраженными проявлениями которого являются эмоциональная неустойчивость, лабильность, легкость смены настроений и контрастных проявлений эмоций. Они легко и часто немотивированно переходят от смеха к плачу и наоборот. Отмечается нетолерантность к фрустрирующим ситуациям. И незначительный повод может вызвать эмоциональное возбуждение, резкую аффективную реакцию, неадекватную ситуации. Такой ребенок то проявляет доброжелательность по отношению к другим, то вдруг становится злым и агрессивным.

Часто у детей с ЗПР отмечается состояние беспокойства, тревожность. Они предпочитают играть в одиночку и не нуждаются во взаимодействии со сверстниками. У них не выражается выраженных привязанностей к кому-либо, эмоциональных предпочтений кого-то из сверстников, у них нет друзей, межличностные отношения неустойчивы.

Н.Л. Белопольская (1999 г.) писала: «Существенно отметить своеобразие проявлений регулирующей роли эмоций в деятельности детей с задержкой психического развития и трудности, которые встречают дети при

выполнении заданий, часто вызывают у них резкие эмоциональные реакции, аффективные вспышки. И такие реакции возникают не только в ответ на действительные трудности, но и вследствие ожидания затруднений, болезни, неудачи. И эта болезнь приводит к формированию у них заниженной самооценки».

Недоразвитие эмоциональной сферы у детей с ЗПР проявляется в худшем по сравнению с нормально развивающимися детьми пониманием эмоций как чужих, так и собственных. Успешно опознаются только конкретные эмоции.

По исследованиям *Е.С. Слепович (1989 г.)*, собственные простые эмоциональные состояния опознаются детьми с ЗПР хуже, чем эмоции изображенных на картинках персонажей.

По исследованиям *В.И. Любовского, Т.В. Розановой, Л.И. Солнцевой, В.Г. Петровой (1983 г.)* и др., становится очевидным, что основными направлениями работы с детьми с ЗПР должны быть: формирование знаний и представлений об окружающем мире, развитие речи и общения, развитие моторики, формирование произвольной регуляции поведения и познавательной мотивации.

В детском возрасте замедленный темп психического развития встречается значительно чаще, чем психическое недоразвитие.

В чем проявляется ЗПР?

Три кита:

1. Пониженный общий запас знаний.
2. Ограниченность представлений.
3. Малая интеллектуальная направленность.

1.3 Причины возникновения ЗПР

В психопатологии и психиатрии ЗПР строится на этиопатогенетическом принципе, когда форма ЗПР определяется причиной ее возникновения. Причины возникновения ЗПР можно разделить на две большие группы:

- I. Причины биологического характера.

II. Причины социально-психологического характера.

К причинам **биологического характера** относят:

- 1) недоношенность;
- 2) родовые травмы;
- 3) различные варианты патологии беременности (тяжелые интоксикации и т.д.);
- 4) различные соматические заболевания (грипп, хронические болезни, туберкулез и т.д.);
- 5) мозговые травмы (нетяжелые).

Среди причин **социально-психологического характера** выделяют следующие:

- 1) ранний отрыв ребенка от матери и воспитание в полной изоляции, в условиях полной социальной депривации;
- 2) дефицит полноценной, соответствующей возрасту деятельности: предметной, игровой, общение с взрослыми и т.д.
- 3) искаженные условия воспитания ребенка в семье (гипоопека, гиперопека, авторитарный тип воспитания).

И в основе ЗПР лежит взаимодействие биологических и социальных причин.

1.4 Формы ЗПР

В.В. Ковалев выделяет четыре основные формы ЗПР. Это:

1. Дизонтогенетическая форма.
2. Энцефалопатическая форма.
3. ЗПР в связи с недоразвитием анализаторов.
4. Культуральная форма ЗПР, обусловленная ранней социальной депривацией, педагогической запущенностью и т.д.

Певзнер М.С. и Власова Т.А. (1973 г.) выделяют две основные формы:

1. Инфантилизм – нарушение темпа созревания наиболее поздно формирующихся мозговых систем. Инфантилизм делится на гармонический (связан с незрелостью лобных структур) и дисгармонический (обусловлен явлениями органики головного мозга).

2. Астения – резкая ослабленность соматического и неврологического характера обусловленная функциональными и динамическими нарушениями ЦНС. Астения может быть соматическая и церебрально-астеническая (повышенная истощаемость нервной системы).

1.5. Классификация основных видов ЗПР

Классификация основных видов ЗПР по К.С. Лебединской опирается на классификацию Власовой-Певзнер. В ее основе лежит этиологический принцип:

1. ЗПР конституционального происхождения (простой и осложненный инфантилизм)
2. ЗПР соматического происхождения
3. ЗПР психогенного происхождения
4. ЗПР церебрально-генетического генеза.

В структуре психического дефекта у детей с ЗПР на первый план выступает незрелость эмоционально-волевой сферы с неярко выраженными интеллектуальными нарушениями, а так же замедленное развитие интеллектуальных процессов.

И клинико-психологическая структура каждого варианта ЗПР отличается своеобразным соответствием интеллектуальных и эмоционально-волевых нарушений.

ЗПР конституционального происхождения

Эта форма ЗПР наблюдается у детей с психофизическим и психическим инфантилизмом. Психофизический инфантилизм – ребенок отстает в росте, ограниченность представлений и т.д. Психофизический инфантилизм – психическая незрелость.

Простой инфантилизм

Простой инфантилизм проявляется в равномерной задержке темпа психического и физического развития.

Проявление интеллектуальной недостаточности у таких детей:

- носит вторичный характер и проявляется в преобладании конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим;
- недостаточная целенаправленность;
- склонность к подражательной деятельности;
- слабая концентрация внимания;
- трудно усидеть, подчиняться правилам.

Клиническая картина:

- характеризуется незрелостью, детскостью;
- эмоции отличаются яркостью, живостью;
- преобладание эмоциональных реакций в поведении;
- преобладание игровых интересов;
- повышенная внушаемость;
- недостаточная самостоятельность.

Осложненный инфантилизм

Он отличается сочетанием признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму, с отдельными патологическими чертами характера, такими как:

- аффективная возбудимость;
- конфликтность;
- эгоцентризм;
- связано с последствием органических повреждений головного мозга (мозговая инфекция, черепно-мозговая травма);
- ранее приобретенные или поздно приобретенные черты характера патологические:
- вначале второго года жизни:
 - в виде упрямства
 - аффективной неустойчивости,
- в дошкольном возрасте:
 - реакции протеста

- стремлении настоять на своем
- обидеть других детей
- обидеть близких,
- в школьном возрасте:
 - аффективная неустойчивость
 - лживость
 - обидчивость
 - девиантное поведение (воровство, наркотики, курение, уход из дома, пропуск школы – синдром бродяжничества).

1.6. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с различными формами ЗПР

Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с конституциональной формой ЗПР негативно влияют на формирование динамических характеристик восприятия. Доказано соотношение способов восприятия с личностной организацией человека. Недостаточная целенаправленность, повышенная эмоциональность детей с психическим инфантилизмом негативно влияют на эффективность восприятия предметов (Сафади, 1997 год).

ЗПР соматогенного происхождения

При соматогенной форме ЗПР причиной эмоциональной незрелости являются длительные хронические заболевания, способствующие формированию таких личностных особенностей как: робость, боязливость, неуверенность в своих силах.

Эта форма характеризуется снижением психического и физического тонуса – **астенией**. При хронических соматических заболеваниях могут наблюдаться массивные интоксикации.

Возникает явление **гипоксии**. Это приводит к нарушению деятельности развивающегося мозга.

Астения: 4 компонента:

1. раздражительность,

2. слабость,
3. расстройство сна,
4. вегетативные нарушения (например, потливые ладони).

Постоянная астения, наблюдаемая у детей в связи с длительными соматическими недугами, негативно отражается на умственной работоспособности. Наблюдается: неустойчивое внимание, снижение объема памяти, нарушение динамики мыслительной деятельности.

ЗПР психогенного происхождения

Эта форма связана с неблагоприятными условиями воспитания ребенка. К ним относится ранняя психическая и социальная **депривация**. Она формируется у детей безнадзорных и детей сирот.

В младшем возрасте – 2-3 года: снижение волевых компонентов, апатичность, безинициативность, эмоциональная невыразительность, отсутствие речи, отсутствие самостоятельности, робость, боязливость, неуверенность.

В дошкольном возрасте – 4-5 лет: дети испытывают стремление к вниманию и доброжелательности со стороны взрослых, тянутся к непосредственному эмоциональному контакту со взрослыми.

В подростковом возрасте: неадекватная самооценка, конфликтность, слабая ориентация на будущее, снижение мотивации учебной деятельности, снижение продуктивной учебной деятельности в связи с патологическим развитием личности (тревожная мнительность, эгоцентризм), неравномерное развитие психических процессов.

ЗПР церебрально-органического генеза

Отличается большой выраженностью нарушений высших корковых функций.

Этиология – органическое поражение ЦНС на ранних этапах онтогенеза.

В западной литературе эта форма ЗПР описывается как «ранний детский органический синдром», «минимальная мозговая дисфункция (ММД)» – таких детей очень много особенно с кесаревым сечением.

Интеллектуальная недостаточность связана с нарушением интеллектуальной деятельности и предпосылок интеллекта, обусловленного остаточными явлениями органического поражения головного мозга вследствие мозговых инфекций и травм.

При этой форме:

- нарушение эмоциональной сферы
- нарушение развития познавательных процессов, которое проявляется в дефицитности «предпосылок» интеллекта, а именно памяти, внимания, пространственно генеза, праксиса, речи.

Переслени (1984 г.) в своих исследованиях показал, что: «... у детей с ЗПР церебрально-органического генеза отличаются выраженные нарушения темпа восприятия. Это прослеживается в замедленности процессов приема и переработки сенсорной информации...».

В своих работах *И.И. Мамайчук (2000 г.)* писала: «У подавляющего большинства детей с ЗПР заметны трудности синтеза воспринимаемых объектов, что обусловлено нарушениями интерсенсорной и сенсомоторной интеграции и координации».

При ЗПР церебрально-органического генеза присутствует церебральная астения. Она проявляется в повышенной утомляемости, в недоразвитии свойств внимания и памяти. Наблюдается выраженное недоразвитие устойчивости, точности и распределения.

У детей с ЗПР при незначительном церебрально-органическом поражении мозга в основе дефекта лежит нейродинамическая недостаточность, связанная с истощаемостью психических функций. При выраженном органическом поражении мозга прослеживаются грубые нейродинамические расстройства, которые выражаются в инертности психических процессов. *И.Ф. Марковская (1995 г.)*, исследуя детей с ЗПР церебрально-органического

генеза, пришла к выводу, что: «... у таких детей наблюдается первичная дефицитность отдельных корковых и подкорковых функций. Отличается определенная парциальность нарушений корковых функций».

Итак, у детей с ЗПР церебрально-органического генеза с церебральной астенией – повышенная истощаемость нервной системы. У детей наблюдаются неврозоподобные явления: повышенная психомоторная возбудимость, аффективные нарушения настроения, апатико-динамическое расстройство, общая вялость, двигательная расторможенность.

Н.К. Корсакова (1997 г.) в своих исследованиях доказала, что существует «две причины, обуславливающие недостаточную сформированность отдельных функциональных систем психики ребенка. Первая причина – «иррегулярность» психического развития ребенка (означает отклонение нормального развития, неравномерность в развитие психических функций). Возникает в силу индивидуальных особенностей онтогенеза ребенка и не связана с какой-либо патологией мозга или психики ребенка. И вторая причина – «минимальная мозговая дисфункция мозга», связана с изменением функционирования отдельных мозговых структур или мозга в целом».

В зависимости от преобладающего эмоционального фона в церебрально-органическом инфантилизме можно выделить два основных клинических варианта:

- 1) неустойчивый – с эйфорическим оттенком настроения, психомоторной расторможенностью;
- 2) тормозимый – с неврозоподобными расстройствами в виде неуверенности в себе, боязливости, малой активности.

При ЗПР характерна не тотальность, а парциальность, мозаичность нарушений компонентов познавательной деятельности. Эти нарушения мыслительной деятельности при ЗПР носят вторичный характер, обусловленный незрелостью мотивационной сферы, нейродинамическими и энцефалопатическими расстройствами, дефицитарностью отдельных корковых и подкорковых функций.

Таким образом, Т.А. Власова и М.С. Певзнер (1973 г.) выделяют два основных механизма формирования ЗПР:

1. недоразвитие эмоциональной сферы (не осложненный и осложненный психический и психофизический инфантилизм);
2. Влияние нейродинамических в первую очередь стойких астенических и церебрастенических состояний.

1.7. Зона ближайшего развития у детей с ЗПР.

Очень важна оценка когнитивный и эмоциональных компонентов зоны ближайшего развития у детей с ЗПР (задержка психического развития).

Л.С. Выготский (1956 г.) был первым, кто указал на ограниченность традиционного подхода к оценке хода нормального и аномального психического развития ребенка, базирующегося на измерении актуального состояния интеллектуальных и личностных качеств. Он предложил оценивать не только актуальный уровень психического развития, но и «зону ближайшего развития», которая отражает психический потенциал развития личности.

Л.С. Выготский писал: «Именно единство аффекта и интеллекта, объединение этих двух важнейших положений представляется продуктивным как в теоретическом, так и практическом отношении...».

До последнего времени диагностические исследования интеллектуальных и аффективно-личностных особенностей аномальных детей велись как бы параллельно, только косвенно, не касаясь друг друга. Рассматривая зону ближайшего психического развития ребенка, ученые в основном обращались к характеристике интеллектуального развития. Не секрет, что результат тестирования когнитивных навыков существенно зависит как от формы подачи инструкции, так и от ситуации тестирования в целом. Каждому исследователю известны случаи, когда ребенок отказывается отвечать или давал неадекватные эмоциональные реакции на ситуацию тестирования.

Положительная мотивация, эмоциональное подкрепление, доступная форма предъявления инструкции являются неотъемлемой частью

диагностической процедуры, хотя эти моменты зачастую теряются при интерпретации получаемых результатов.

Поэтому считаю, что представляется правомерной гипотеза, что зона ближайшего психического развития ребенка включает две размеренности: когнитивную и эмоционально-смысловую.

Р. Селман в своих исследованиях доказал, что «разные оценочные процедуры могут иметь различные соотношения интеллектуального и эмоционального компонентов...» С целью исследования были подобраны такие задания, в которых интеллектуальный и эмоциональный компонент существенным образом взаимосвязаны и взаимозависимы. Доступный для ребенка уровень выполнения текстового задания являлся в этом случае показателем актуального состояния психического развития, а способ подачи материала и средства, необходимые для его выполнения, отражали бы некоторые резервы психического развития ребенка.

Таким образом, ЗБР – это создание ситуации взрослого и ребенка, где представляются возможности для решений ситуаций ребенку. Это повторение материала и внесение нового, где ребенку предлагается методом проб и ошибок решить ситуацию.

По Выготскому – обучение должно опережать развитие – это закон. И точно такой же закон ставится в психологии. Материал должен быть чуть-чуть выше развития.

Для многих общетеоретических вопросов психологии исследования в области патопсихологии имеют большое значение.

Один из вопросов касается роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности. Психика – совокупность психических функций. Познавательные процессы – память, мышление, восприятие рассматриваются как различные формы мыслительной деятельности субъекта. И всякая деятельность получает свою характеристику через **мотивацию**.

Экспериментально-психологические исследования выявили, что при разных нарушениях мотивационной сферы выступают различные формы нарушенного мышления. Все наши процессы являются по-разному оформленными видами деятельности, опосредованными, личностно-мотивированными.

Задержка эмоционального развития у детей с ЗПР часто обусловлена невротоподобными чертами их психики: неуверенностью, тревожностью, робостью, астенической капризностью, недостаточностью дифференцированности эмоций, слабой заинтересованностью в оценке, однообразием и бедностью воображения в игровой деятельности.

В зависимости от преобладающего эмоционального фона можно выделить два основных клинических варианта:

- 1) неустойчивый – с эйфорическим оттенком настроения, психомоторной расторможенностью;
- 2) тормозимый – с невротоподобными расстройствами в виде неуверенности в себе, боязливости, малой активности.

1.8. «Тревога» – как психическое состояние у детей с ЗПР.

Поскольку исследователи единодушны в оценке негативного влияния высокого уровня тревожности, отмечая увеличение количества тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью, то проблема детской тревожности, в том числе детей с ЗПР, на современном этапе является весьма актуальной.

К. Хорни отмечает: «Возникновение и закрепление тревожности связаны с неудовлетворением ведущих возрастных потребностей ребенка, которые приобретают гипертрофированный характер».

Тревожное состояние – показатель слабости нервной системы, хаотически нервных процессов. Раскрывается связь тревожности с энергетикой организма, активностью биологически активных точек кожи, развитием психовегетативных заболеваний. Также в качестве причины тревожности рассматриваются социальные проблемы личности, связанные с

нарушениями в общении. Причиной тревожности на психологическом уровне может быть неадекватное восприятие субъектом самого себя.

Итак, причины формирования высокого уровня тревожности кроются как в природных, генетических факторах развития психики ребенка, так и – причем в большей степени – в социальных. Необходимо создавать условия для коррекции всех факторов развития тревожности в детском возрасте.

Глава 2. Особенности речевого развития детей с ЗПР.

Овладение родным языком, развитие языковых способностей рассматриваются как стержень формирования личности ребенка – дошкольника, который предоставляет большие возможности для решения многих задач умственного, эстетического и нравственного воспитания.

Итак, развитие речи детей с нормой включает:

- владение литературными нормами и правилами родного языка, свободное пользование лексикой и грамматикой при выражении своих мыслей и составлении любого типа высказывания;
- развитую культуру общения, умение вступать в контакт со взрослыми и сверстниками (выслушивать, отвечать, возражать, спрашивать, объяснять);
- знание норм и правил речевого этикета, умение пользоваться ими в зависимости от ситуации;
- умение читать и писать (элементарное владение грамотой и навыками письма).

«Языковая способность, – пишет А.М. Шахнарович (1997 г.), – некий конструкт, организованный иерархически, состоящий из ряда компонентов: фонетического, лексического, морфологического, синтаксического, семантического, связанных друг с другом по определенным правилам. Система этих правил составляет основу выбора необходимых для реализации коммуникативной интенции элементов».

2.1. Нарушение речи детей с ЗПР

Особенности познавательной деятельности детей с ЗПР, сниженная (по сравнению с нормой) способность к приему и переработке воспринимаемой информации, недостаточное развитие операций сравнения, анализа, синтеза, обобщения и абстрагирования обуславливают отклонения в речевом развитии детей с ЗПР.

Многие авторы – Ю.Г. Демьянов, Р.Д. Триггер, З. Тржесоглава (1986г.), Е.В. Мальцева, Р.И. Лалаева, Г.Г. Голубева (1992 г.) и др. – отмечают у детей

с ЗПР замедленный темп речевого развития, при этом указывается не только на отставание дошкольников в развитии лексической, фонетической и грамматической сторон речи, но и на значительные нарушения и внутренней речи, что неизбежно ведет к дефектам планирования, саморегуляции любого вида деятельности.

У большинства детей с ЗПР – сложная речевая патология: наличие комплекса речевых нарушений, сочетание различных дефектов речи. Картина речевого дефекта свидетельствует о задержке процесса речевого развития.

У детей с ЗПР наблюдается:

- разрыв между объемом активного и пассивного словаря;
- при восприятии у детей с ЗПР отмечается нарушение дифференциации словоформ;
- задержка развития словообразовательных процессов;
- период детского словотворчества (возникновение неологизмов) наблюдается значительно позже и продолжается дольше.

Дети с ЗПР выделяют морфемы и соотносят их с лексическим и грамматическим значением сначала на практическом, неосознанном уровне и лишь впоследствии переходят к языковым обобщениям.

Р.Д. Триггер (1988 г.) в своих исследованиях пришла к выводу «... о различие зон актуального и ближайшего речевого развития детей с ЗПР и их сверстников в норме... Зона ближайшего развития школьников с ЗПР находится почти рядом с зоной актуального развития нормально развивающихся школьников...»

Детям с ЗПР присущ низкий уровень владения монологической речью, которая в основном носит ситуативный характер, что проявляется в большом количестве личных и указательных местоимений, в частом использовании прямой речи, мимики, жестов.

Н.. Борякова (1990 г.) в своих исследованиях отмечает: «... В пересказах и в самостоятельных рассказах детей с ЗПР существенные недостатки программирования текста, нарушения связи между отдельными

предложениями, наличие пауз, повторов, невозможность подчинить речевую деятельность замыслу, отставание в развитии планирующей функции речи, нестойкость замысла, трудности «кодирования и декодирования текста...».

Контекстная речь детей с ЗПР находится только на начальных этапах своего формирования: дети употребляют короткие, чаще всего аграмматические фразы.

Дефекты устной речи детей с ЗПР в значительной степени определяют нарушения их письменной речи.

Характерным признаком речевого расстройства у детей с ЗПР является «специфическая ассимиляция» (Р.И. Лалаева, 1992 г.). Это нарушение проявляется в том, что ребенок не может произнести правильно слова, содержащие звуки, близкие по артикуляции или по звучанию. При этом изолированные слоги ребенок произносит правильно. В качестве причин «специфической ассимиляции» Р.И. Лалаева называет недоразвитие слухового восприятия.

У детей с ЗПР дошкольного возраста не сформирован основной признак чувства языка – умение отличать правильные языковые формы от неправильных.

Изучение устной речи детей с ЗПР дает основание говорить о недостаточном понимании ими содержания текстов, о фрагментарности восприятия текста.

У детей с ЗПР в структуре неполноценного восприятия речи преобладают нарушения семантической и языковой составляющих.

В целом можно отметить недостаточный уровень сформированности различных компонентов языковой системы детей с ЗПР обусловленный нарушением смыслового восприятия как сложной перцептивно-мыслительно-мнемической деятельности данной категории детей.

2.2. Отбор методов для проведения экспериментального исследования детей дошкольного возраста с ЗПР

Л.С. Выготский (1956 г.) был первым, кто указал на ограниченность традиционного подхода к оценке хода нормального и аномального психического развития ребенка, базирующегося на измерении актуального состояния интеллектуальных и личностных качеств. Он предложил оценивать не только актуальный уровень психического развития, но и «зону ближайшего развития», которая отражает психический потенциал развития личности.

Другое важное теоретическое положение Л.С. Выготского – единство аффекта и интеллекта. Именно объединение этих двух положений представляется продуктивным как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Положительная мотивация, эмоциональное подкрепление, доступная форма предъявления инструкции являются неотъемлемой частью диагностической процедуры.

Поэтому представляется правомерной гипотеза, что зона ближайшего психического развития включает две размерности – когнитивную и эмоционально-смысловую.

При проведении исследований необходимо иметь в виду, что главным условием получения доступных данных является установление контакта с ребенком.

В специальной психологии четыре группы методов:

I группа – организационные методы

II группа – эмпирические методы:

- наблюдение (житейский, научный метод);
- экспериментальные методы;
- психодиагностические методы:
 - тесты, анкеты, опросники, социометрия, беседы и т.д.;

III группа – методы обработки данных, включающие:

- количественный и качественный методы;

IV группа – интерпретационные методы:

- генетический анализ;
- структурный анализ.

Все экспериментальные исследования строятся как сравнительные. Чтобы результаты психологического эксперимента или наблюдения были полноценными и плодотворными, полученные данные обязательно должны сопоставляться с результатами выполнения точно таких же заданий с нормально развивающимися сверстниками.

Заключение

Мир, в котором живет современный ребенок, образ жизни среднестатистической семьи существенно изменился. Социально-экономические проблемы жизни общества, ухудшение экологической ситуации порождают условия, при которых значительно снижается уровень нервно-психического здоровья детей.

Особую тревогу вызывает рост количества детей с задержкой психического развития. Количество детей, у которых уже в дошкольном возрасте обнаруживаются отклонения в развитии, весьма значительно. Соответственно, велик рост школьной дезадаптации, неуспеваемости, социокриминальных последствий в будущем.

Обзор литературы выявил, что эти проблемы широко освещены, но в современных условиях требуют дальнейшего уточнения исследования.

Необходима разработка целостной технологии социально-эмоционального развития детей, которая должна быть построена на единых подходах и принципах.

И ключевой тенденцией обновления образования в настоящее время является преодоление препятствий самовыражения, создание условий для социально-эмоционального развития детей, то есть обеспечение оптимального сочетания двух образовательных направлений: интеллектуально-умственного и аффективно-эмоционально-волевого.

Одной из важнейших задач, как показали исследования, является привлечение родителей к активному сотрудничеству. И, учитывая трудности в организации взаимодействия с родителями воспитанников (психологические проблемы при установлении доверительных отношений, родители не знают закономерностей психического развития детей и не могут оценить проблемы своего ребенка), следует определить содержание работы по этому направлению.

Словарь

Социальная депривация – отклонения в развитии детей и подростков в связи с нарушением взаимодействий между личностью и средой, которые могут привести к необратимым нарушениям в психическом развитии.

Эмоции – особый класс психических процессов и состояний, связанных с инстинктами, потребностями и мотивами, отражающихся в форме непосредственного переживания (радости, страха и т.д.).

Праксис – организованное, координированное сознательное действие.

Гнозис – (от греческого – знание) – это сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленный на распознавание объекта как целого, так и отдельных его характеристик.

Агрессия – мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе.

Эксперимент – это научно-поставленный опыт, т.е. изучение явления психических процессов в созданных и контролируемых условиях.

Метод – способ достижения результатов познания предмета и объекта изучения, способ получения информации в науке.

Методика – это конкретизация метода в различные варианты процедур, операций, правил сбора и анализа данных об изучаемом объекте и предмете.

Процедура – компонент методики, определенная последовательность определенных действий.

Ретардация – запаздывание или приостановка психического развития.

Валидность – такое качество метода, которое выражается в соответствии тому, для изучения и оценки чего он предназначен.

Регресс – временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования.

Креативность – творческие возможности (способности) человека, которые могут проявляться в мышлении, чувствах, общении, отдельных видах деятельности, характеризовать личность в целом или ее отдельные стороны, продукты деятельности, процесс их создания.

Стресс – состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных, трудных условиях.

Фрустрация – это психическое состояние человека, вызванное объективно непреодолимыми трудностями, возникшими при достижении цели или решении задачи.

Психологическая защита – это специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием какого-либо конфликта.

Тревога – переживанием эмоционального дискомфорта, связанного с ожиданием неблагоприятия, предчувствия грозящей опасности.

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги.

Эмоционально-волевая зрелость – развитость эмоционального контроля, умение поступиться сиюминутным удовольствием, соответствовать требованиям учителя и учебной ситуации, иерархия ценностей, нравственная позиция.

Список используемой литературы

1. Авдеева Н.И. Психологический словарь, Москва, 1996 г.
2. Беккер Р. Речевые и познавательные особенности детей с отставанием в речевом развитии.
3. Белополюская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития, Москва, 1999 г.
4. Борякова Н.Н. Речевое развитие детей с ЗПР, М., 1990 г.
5. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности, Москва, 1990 г.
6. Валлон Ф. Психическое развитие ребенка, Москва, 1967 г.

7. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека, издательство Московского Университета, 1990 г.
8. Власова Т.А., Певзнер Т.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии, М., 1973 г.
9. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования, М., 1973 г.
10. Гарбузов В.И. Неврозы детского возраста и их профилактика, Ленинград, 1982 г.
11. Гельгорн Луфборроу Эмоции и эмоциональные расстройства.
12. Громова Т.В. Страна Эмоций, М., 2002 г.
13. Жан Пиарже Психология интеллекта, Москва, 1999 г.
14. Жукова Р.А. Развитие речи, Волгоград, 2007 г.
15. Жукова Р.А. Социально-эмоциональное развитие детей 3-5 лет, Волгоград, 2006 г.
16. Запорожец А.В. Эмоциональное развитие дошкольников.
17. Захаров А.Ю. Как преодолеть страхи у детей, Санкт-Петербург, 2000 г.
18. Изард К. Эмоции человека, Москва, МГУ, 1980 г.
19. Исаев Д.П. Психология детского возраста, Санкт-Петербург, 2001 г.
20. Лалаева Р.И. Нарушение речи у детей с задержкой психического развития, Санкт-Петербург, 1992 г.
21. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция, Москва, 2003 г.
22. Любовский В.И. Дети с задержкой психического развития, М., 1983 г.
23. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции, Санкт-Петербург, 2000 г.
24. Марковская И.Ф. Задержка психического развития, М., 1995 г.
25. Ноткина Н.А. Оценка физического и нервно-психического развития детей дошкольного возраста, Санкт-Петербург, 1999 г.
26. Перегуда В.И. Особенности самоконтроля у детей старшего дошкольного возраста, дисс. кандидата психологических наук, Москва, 1994 г.

27. Переслени Л.И. Механизм нарушения восприятия аномальных детей: психофизическое исследование, М., 1984 г.
28. Слепович Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития, М., 1999 г.
29. Сорокина А.И. Развитие эмоций в общении со взрослыми у детей младшего возраста, дисс. кандидата психологических наук, Москва, 1987 г.
30. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность, т. 1, Москва, 1986 г.
31. Хьелл П., Зигнер Д. Теория личности основные положения, исследования и применение, Санкт-Петербург, 1987г.
32. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи, Москва, 2000 г.
33. Шахнарович А.М. Проблемы формирования языковых способностей, Москва, 1991 г.
34. Шорохова О.А. Развитие связной речи дошкольников, Москва, 2008 г.
35. Эльконин Д.Б. Развитие речи в дошкольном возрасте, Москва, 1958г.
36. Научно-методический журнал «Дошкольное воспитание» № 12, 2006 г.
37. Научно-методический журнал «Дошкольное воспитание» № 8, 2006 г.