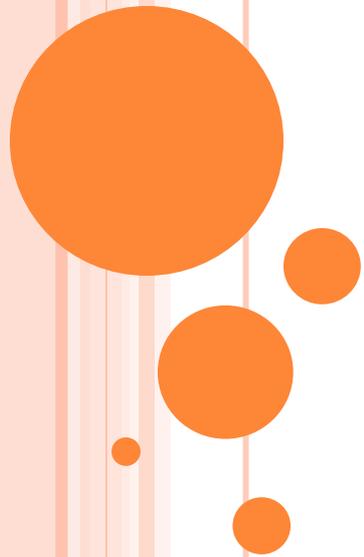


**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**



Понятие «задержка психического развития» употребляется по отношению к детям со слабо выраженной недостаточностью центральной нервной системы — органической или функциональной. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне **повышенной** истощаемости, нарушения работоспособности, энцефалопатические расстройства.



Термин «ЗПР» обозначает полиморфную группу детей с нарушениями познавательной деятельности. Вследствие замедления созревания структур головного мозга у детей с раннего возраста отмечается отставание разных сторон психической деятельности: познавательной, эмоционально-волевой, двигательной, или какой-либо одной из них.

ЗПР, связанные с незрелостью психики и мозговых структур, в отечественной литературе рассматриваются как отдельная группа состояний с отставанием развития, либо как синдром, входящий в структуру того или иного заболевания.



Патогенетической основой этих симптомов является перенесенное ребенком органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) и ее резидуально-органическая недостаточность, на что указывают в своих исследованиях Г.Е. Сухарева, Т.А. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, И.Ф. Марковская и др. ЗПР также может быть обусловлена функциональной незрелостью ЦНС.



Задержки развития могут быть вызваны разными причинами: негрубым внутриутробным поражением ЦНС, нетяжелыми родовыми травмами, недоношенностью, инфекционными и хроническими соматическими заболеваниями.

Этиология ЗПР связана не только с биологическими, но и с неблагоприятными социальными факторами. Прежде всего это ранняя социальная деривация и влияние длительных психотравмирующих ситуаций.



Данные нейрофизиологических исследований (Дробинская А.О., Фишман М.Н., 1995) свидетельствуют, что у большинства 6—8-летних детей, испытывающих трудности в обучении, развитие мозговых структур и связей между ними отстает от возрастной нормы. Недоразвитие познавательной деятельности может быть обусловлено недостаточностью некоторых мозговых структур, в первую очередь, лобных и теменных отделов коры головного мозга.

Названные авторы выделяют четыре клинико-психологических синдрома, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обуславливают трудности в обучении.



Синдром психического инфантилизма обуславливает эмоционально-личностную незрелость ребенка, который оказывается как бы на более ранней ступени развития эмоционально-волевой сферы, что, в свою очередь, связано с замедленным созреванием лобно-диэнцефальных систем мозга.

Наряду с прогностическими благоприятными вариантами неосложненного инфантилизма выделяются осложненные его формы, при которых эмоциональная незрелость сочетается с энцефалопатическими расстройствами и более выраженными нарушениями познавательной деятельности (дисгармонический инфантилизм при психопатических состояниях, церебрально-органический, церебрально-эндокринной) (К.С. Лебединская (1980), И.Ф. Марковская (1977)).

В ряде случаев наиболее легкие формы психической незрелости клиницисты связывают с так называемой вторичной инфантилизацией, возникающей при неправильном воспитании ребенка в семье.

В любом случае, инфантилизм становится одной из причин школьной дезадаптации и неуспеваемости.



Цереброастенический синдром

характеризуется низкой устойчивостью нервной системы к умственной и физической нагрузке. Цереброастенические расстройства могут возникать при различных нарушениях мозговой деятельности, чаще всего — при гипертензионно-гидроцефальном синдроме (повышении внутричерепного давления).

Для таких детей характерны моторная неловкость, нарушения мелкой моторики. Неустойчив эмоциональный тонус, характерна резкая смена настроения, плаксивость, склонность к апатии.

Наиболее характерны для этих детей повышенная утомляемость и истощаемость, что проявляется в расстройствах внимания, слабости произвольной регуляции деятельности.



Дети с *гипердинамическим* синдромом, при котором отмечается общая двигательная расторможенность, повышенная возбудимость, импульсивность. Серьезно страдает функция внимания, нарушается способность к целенаправленной деятельности, произвольной регуляции поведения. Такие дети плохо подчиняются требованиям дисциплины, у них возникают проблемы в общении со сверстниками.

В основе отклонений в формировании познавательной деятельности ребенка нередко лежит *психоорганический синдром*, при котором наряду с явлениями церебрастении наблюдаются признаки раннего органического поражения головного мозга.



Нейрофизиологические исследования свидетельствуют, что даже при негрубых, функциональных изменениях в теменной, височно-теменно-затылочной, височной областях отмечаются изменения в процессах восприятия и анализа информации, ее переработке. У таких детей затруднен процесс формирования межсенсорных связей, которые обеспечивают, в частности, такие сложные виды деятельности как чтение и письмо. Нарушения процессов приема и переработки сенсорной информации обуславливают недостатки образной сферы, зрительной и, особенно, слуховой памяти, трудности пространственной ориентировки.

У детей с психоорганическим синдромом страдает мелкая моторика, зрительно-моторная координация, что затрудняет овладение навыками самообслуживания, продуктивной деятельности (рисования, лепки), письма.

Дети с психоорганическим синдромом, как правило, отстают в речевом развитии.



Для психической сферы детей с ЗПР типичным является сочетание парциальной (частичной) недостаточности высших психических функций с сохранными. У одних детей преобладают черты эмоционально-личностной незрелости, страдает произвольная регуляция деятельности, у других — работоспособность, у третьих более выражены недостатки внимания, памяти, мышления.

Трудность построения коррекционно-педагогического процесса в условиях образовательных учреждений обусловлена тем, что задержка психического развития является сложным, полиморфным нарушением и затрагивает различные аспекты психического и физического развития. Как многообразны причины, обуславливающие ЗПР, так многообразны и ее проявления.



СУЩЕСТВУЕТ НЕСКОЛЬКО *КЛАССИФИКАЦИЙ* ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.

Первая клиническая классификация предложена Т.А. Власовой и М.С. Певзнер (1967). В данной классификации рассматриваются два варианта ЗПР.

При первом варианте нарушения проявляются в эмоционально-личностной незрелости, вследствие психического или психофизического инфантилизма.

При втором варианте на первый план выступают нарушения познавательной деятельности в связи со стойкой церебральной астенией.



Интересна классификация В.В. Ковалева (1979). Он выделяет три варианта ЗПР, обусловленных влиянием биологических факторов:

- задержка дизонтогенетического характера (при состояниях психического инфантилизма);
- задержка энцефалопатического характера (при негрубых органических поражениях ЦНС);
- ЗПР вторичного характера при сенсорных дефектах (при ранних нарушениях зрения, слуха).

Четвертый вариант В.В. Ковалев связывает с ранней социальной депривацией.



В практике работы с детьми с ЗПР более широко используется классификация К.С. Лебединской (1980), разработанная на основе этиопатогенетического подхода. В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР.



1. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (ГАРМОНИЧЕСКИЙ ПСИХИЧЕСКИЙ И ПСИХОФИЗИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ).

При данном варианте на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Эмоционально-волевая незрелость может сочетаться с негрубыми нарушениями познавательной деятельности, речи, повышенной истощаемостью и пресыщаемостью активного внимания. Это обусловлено замедленным темпом развития структур левого полушария, в первую очередь лобной и теменной областей, а также внутрислошарных и межполушарных связей. Вследствие этого у ребенка ослаблен контроль и регуляция деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, беспечности, преобладании игровых интересов. Для таких детей характерна «детскость моторики» — суетливость, порывистость, недостаточная координированность движений. Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. Такие дети проявляют творчество в игре, эта деятельность для них наиболее привлекательна, в отличие от учебной. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе, школьную адаптацию. В структуре нарушения на первый план выступает эмоционально-личностная незрелость.



2. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОМАТОГЕННОГО ГЕНЕЗА

возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями — сердца, почек, эндокринной системы и др.

Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности как робость, боязливость.

Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается круг общения, у них недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем.

Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью, не позволяет ребенку достичь оптимально уровня возрастного развития. Отставание в развитии связано с регуляторной незрелостью и снижением общего психического тонуса.



3. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПСИХОГЕННОГО ГЕНЕЗА.

При раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующих факторов могут возникнуть стойкие сдвиги в нервно-психической сфере ребенка, что приводит к невротическим и невротоподобным нарушениям, патологическому развитию личности.

В условиях безнадзорности может наблюдаться развитие личности по неустойчивому типу: у ребенка преобладают импульсивные реакции, неумение тормозить свои эмоции. В условиях гиперопеки формируются эгоцентрические установки, неспособность к волевым усилиям, к труду.

В психотравмирующих условиях происходит невротическое развитие личности. У одних детей при этом наблюдаются негативизм и агрессивность, истерические проявления, у других — робость, боязливость, страхи, мутизм.

При названном варианте ЗПР на первый план также выступают нарушения в эмоционально-волевой сфере, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции поведения. У детей беден запас знаний и представлений, они не способны к длительным интеллектуальным усилиям.



4. ЗАДЕРЖКА ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.

При этом варианте ЗПР сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций. В зависимости от их соотношения выделяются две категории детей (И.Ф. Марковская, 1993):

группа а) — в структуре дефекта преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма, т. е. в психологической структуре ЗПР сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы (эти явления преобладают) и в познавательной деятельности, выявляется негрубая неврологическая симптоматика;

группа б) — доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций, в структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

В обоих случаях страдают функции регуляции психической деятельности: при первом варианте в большей степени страдает звено контроля, при втором — и звено контроля, и звено программирования, что обуславливает низкий уровень овладения детьми всеми видами деятельности (предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, учебной, речевой). Дети не проявляют устойчивого интереса, деятельность недостаточно целенаправленна, поведение импульсивное.



ЗПР цереброорганического генеза, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее стойкой и представляет наиболее тяжелую форму ЗПР. Данная категория детей в первую очередь нуждается в комплексном медико-психолого-педагогическом сопровождении.

По своей сути эта форма ЗПР нередко выражает пограничное с умственной отсталостью состояние, что требует квалифицированного комплексного подхода к обследованию детей.



Особые состояния формируются у детей и вследствие педагогической запущенности. В этих случаях у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях информационной и часто эмоциональной депривации, наблюдается недостаточный уровень развития навыков, знаний, умений. Психологическая структура этого отклонения и его прогноз будет более благоприятен.

В знакомых ситуациях такой ребенок ориентируется достаточно хорошо, динамика его развития в условиях интенсивной педагогической коррекции будет очень существенной.

В то же время у здорового от рождения ребенка при условии ранней депривации также может наблюдаться недоразвитие тех или иных психических функций. Если ребенок не получит педагогической помощи в сензитивные сроки, то эти недостатки могут оказаться необратимыми.



По мнению У.В. Ульенковой (1994) в плане компенсации большое значение имеют возраст ребенка, состояние его здоровья, специфика микросоциальной среды, характер задержавшейся в развитии функции, ее сочетание с другими психологическими особенностями ребенка.

Важнейшим фактором, определяющим динамику возрастного развития, является своевременно, т. е. в раннем и дошкольном возрасте, организованная коррекционно-педагогическая помощь.



ОСОБЕННОСТИ

Особенности детей с ЗПР: низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости; незрелость эмоций и воли; ограниченный запас общих сведений и представлений; отставание в речевом развитии; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; замедленное восприятие; отставание в развитии зрительно-пространственных представлений; недостатки памяти; низкий уровень познавательной активности; недостаточная сформированность умственных операций; незрелость мотивации к учебной деятельности.



МЫШЛЕНИЕ

Особенности мышления детей с ЗПР: инертность, низкая продуктивность, неустойчивость мыслительной деятельности; нарушение процессов обобщения, анализа, синтеза, абстрагирования; трудность усвоения специальных понятий и обобщающих слов; низкий уровень словесно-логического мышления.



ПАМЯТЬ

Особенности памяти детей с ЗПР: низкая активность и целенаправленность, сниженный объем, точность и прочность запоминания; слабая помехоустойчивость; неточность, неполный объем воспроизведения; затруднения при воспроизведении логических выводов и обобщений; преобладание зрительной памяти над слухоречевой.



ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ

- Особенности зрительно-пространственных функций у детей с ЗПР: незрелость зрительно-гностической функции; отставание в развитии пространственных представлений; низкая активность зрительного восприятия; замедленность перцептивных зрительных операций, бедность ассоциативных процессов; недостаточность произвольного выделения деталей; неполноценная дифференциация информационной структуры воспринятого.



ДВИГАТЕЛЬНАЯ СФЕРА

- Особенности двигательной сферы детей с ЗПР: замедленная динамика моторного развития; отсутствие единого типа нарушений моторной сферы; трудности переключения, координации и автоматизации движений; наличие синкинезий; быстрая истощаемость; неловкость произвольных движений, бедность комбинаций движений; недостаточность ритмичности; затрудненность усвоения новых двигательных формул, особенно связанных с мелкими точными движениями; нарушение произвольной регуляции движений; несовершенство мелкой моторики рук.



РЕЧЬ

- Особенности речи детей с ЗПР: нарушения звукопроизношения; недоразвитие фонематического восприятия; несформированность словообразовательных процессов, многочисленные ошибки словоизменения и словообразования; недостаточность словарного запаса; трудности в усвоении и использовании общих понятий, в пополнении словаря словами, выражающими сложные качества и отношения; недоразвитие грамматического строя речи, выражающееся в затруднениях при грамматическом и синтаксическом оформлении предложений; несоблюдение единства видо-временных форм глаголов, нарушения согласования; отсутствие в речи сложных синтаксических конструкций, использование стереотипных фраз, малораспространенных предложений; нарушение внутреннего речевого программирования, отсутствие контроля за собственной речевой деятельностью; низкая готовность к усвоению письменной речи, трудности при ее реализации



КОРРЕКЦИЯ ЗПР.

Работа с детьми с ЗПР требует мультидисциплинарного подхода и активного участия педиатров, детских неврологов, детских психологов, психиатров, логопедов, дефектологов. Коррекция задержки психического развития должна начинаться с дошкольного возраста и проводиться длительно.

К особенностям обучения детей с ЗПР относятся: дозированность учебного материала, опора на наглядность, многократное повторение, частая смена видов деятельности, использование здоровьесберегающих технологий.



Профилактика задержки психического развития у ребенка предполагает тщательное планирование беременности, избегание неблагоприятных воздействий на плод, профилактику инфекционных и соматических заболеваний у детей раннего возраста, обеспечение благоприятных условий для воспитания и развития. При отставании ребенка в психомоторном развитии необходимо немедленное обследование у специалистов и организация коррекционной работы.

