

Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития. Н.Ю.Борякова, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии и клинических основ дефектологии МГОПУ им. М.А.Шолохова.

1. Клинический аспект.

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, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

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 может быть обусловлена и функциональной незрелостью ЦНС.

Задержки развития могут быть вызваны разными причинами: негрубым внутриутробным поражением ЦНС, нетяжелыми родовыми травмами, недоношенностью, близнецовостью, инфекционными и хроническими соматическими заболеваниями. Этиология ЗПР связана не только с биологическими, но и с неблагоприятными социальными факторами. Прежде всего это ранняя социальная депривация и влияние длительных психотравмирующих ситуаций.

В настоящее время достигнуты определенные успехи в клиническом, нейропсихологическом и психолого-педагогическом изучении детей с ЗПР.

Клинические исследования рассматриваемой категории детей направлены на изучение причин и клинико-нейрофизиологических механизмов отклонений в развитии и обусловленной ими психопатологической симптоматики, а также на выделение клинических вариантов ЗПР.

Данные нейрофизиологических исследований (Дробинская А.О., Фишман М.Н., 1995) свидетельствуют, что развитие мозговых структур и связей между ними отстает от возрастной нормы у большинства 6-8-летних детей, испытывающих трудности в обучении. Недоразвитие познавательной деятельности может быть обусловлено недостаточностью некоторых мозговых структур, в первую очередь, лобных и теменных отделов коры головного мозга. Замедлен процесс функционального объединения различных структур мозга, не сформировано их специализированное участие в реализации процессов восприятия, сличения, опознания, памяти, речи, мышления.

Можно выделить четыре клинико-психологических синдрома, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обуславливают трудности в обучении.

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

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. Мотивация деятельности определяется в основном стремлением к получению удовольствия. Ребенок с недоразвитием межличностных компонентов непродуктивен в учебных ситуациях, когда он должен подчиняться инструкции педагога, и более активен в игре. Для таких детей характерна "детскость моторики" - суетливость, порывистость, недостаточная координированность движений.

Наряду с прогностически благоприятными вариантами неосложненного инфантилизма выделяются осложненные его формы, при которых эмоциональная незрелость сочетается с энцефалопатическими расстройствами и более выраженными нарушениями познавательной деятельности, такими как дисгармонический инфантилизм при психопатических состояниях, церебрально-органический, церебрально-эндокринный (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.

Церебрастенический синдром характеризуется низкой устойчивостью нервной системы к умственной и физической нагрузке. Церебрастенические расстройства могут возникать при различных нарушениях мозговой деятельности, чаще всего - при гипертензионно-гидроцефальном синдроме (повышении внутричерепного давления). У таких детей увеличены размеры головы, выпуклый высокий лоб, на лбу и висках выражен сосудистый рисунок (венозная сеть).

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

В некоторых случаях родители такого ребенка считают его не по годам развитым, ошибочно ориентируясь на хорошую механическую память, многоречивость, склонность к рассуждательству. Однако при более пристальном внимании выясняется, что развита формальная сторона речи при недостатках ее смысловой стороны, ослаблена логическая память.

Наиболее характерны для этих детей повышенная утомляемость и истощаемость, что проявляется в расстройствах внимания, слабости произвольной деятельности. Если не учитывать возможностей ребенка, увеличивать учебную нагрузку, предъявлять непосильные требования, то велик риск нервно-психического срыва, расстройств сна и нарушения регуляции вегетативных процессов.

Часто у таких детей выделяются признаки дисфункции регуляторных структур мозга, преимущественно диэнцефальных отделов мозгового ствола. (А.О. Дробинская, Н.Н. Фишман (1995)).

Гипердинамический синдром (гиперактивности, или гиперкинетический) характеризуется общей двигательной расторможенностью, повышенной возбудимостью, обилием лишних движений, импульсивностью поступков. Эти признаки сочетаются с выраженной недостаточностью целенаправленного внимания, снижением его объема и концентрации. Нарушается произвольность регуляции поведения. Такие дети плохо подчиняются требованиям дисциплины, у них возникают проблемы в общении со сверстниками.

Психоорганический синдром нередко лежит в основе отклонений в формировании познавательной деятельности ребенка, при котором наряду с явлениями церебрастении и двигательной расторможенности наблюдаются признаки раннего органического поражения головного мозга. Проявляется это может в виде вялости, замедленности любой деятельности, слабости побуждений, инертности. У некоторых детей инертность и медлительность умственной деятельности сосуществует с двигательной расторможенностью. Проявиться психоорганический синдром может и в психомоторной расторможенности и нарушении целенаправленной деятельности.

Нейрофизиологические исследования свидетельствуют, что даже при негрубых, функциональных изменениях в теменной, височно-теменно-затылочной, височной областях, отмечаются изменения в процессах восприятия, анализа и переработке информации. У таких детей затруднен процесс формирования межанализаторных 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 и зрительно-моторная координация, что затрудняет овладение навыками самообслуживания и письма. Отражаются эти недостатки и на продуктивной деятельности (рисование, лепка), Дети с психоорганическим синдромом, как правило, отстают в речевом развитии. Воздействие различных вредностей на мозг ребенка на разных этапах его развития может вызвать сложное сочетание как симптомов негрубого повреждения, так и функциональной незрелости различных отделов коры головного мозга.

Для психической сферы детей с ЗПР типичным является сочетание частично недостаточных высших психических функций с сохранными. У одних детей преобладают черты эмоционально-личностной незрелости и страдает произвольная регуляция деятельности, у других снижена работоспособность, у третьих более выражены недостатки внимания, памяти, мышления.

Трудность построения коррекционно-педагогического процесса в условиях специальных 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 задержки 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:

- дизонтогенетический (при состояниях психического инфантилизма);
- энцефалопатический (при негрубых органических поражениях ЦНС);
- ЗПР вторичного характера при сенсорных дефектах (при ранних нарушениях зрения, слуха),

и 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), разработанной на основе этиопатогенетического подхода. В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР.

- **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. 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 учебной. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе, школьную адаптацию.

- **Задержка психического развития соматогенного генеза** возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями - сердца, почек, эндокринной и пищеварительной систем 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.

- **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 неврозоподобным 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.

- 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 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 церебрально-органического генеза, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее стойкой и представляет наиболее тяжелую форму ЗПР. Данная категория детей в первую очередь нуждается в комплексной медико-психолого-педагогической коррекции в условиях специальных классов и дошкольных учреждений. По своей сути эта форма ЗПР нередко выражает пограничное с умственной отсталостью состояние, что требует квалифицированного комплексного подхода к обследованию детей.

Особые состояния, схожие по симптоматике с "задержкой", формируются у детей вследствие так называемой "педагогической запущенности". В этих случаях у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях информационной, социальной, а часто и эмоциональной депривации, наблюдается недостаточный уровень развития эмоциональной и личностной сферы, а также отмечается снижение знаний, умений и навыков. Такой ребенок в знакомых ситуациях на бытовом уровне ориентируется достаточно хорошо, но в ситуации требующей волевого усилия и познавательной активности часто проявляет себя как ребенок с ЗПР. Динамика развития такого ребенка определяется интенсивностью педагогической коррекции. При сочетании с благоприятными социальными условиями прогноз развития ребенка будет благоприятен.

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 сенситивные сроки, то эти недостатки могут оказаться необратимыми.

По мнению У.В. Ульенковой (1994), на успешность компенсации влияют возраст ребенка, состояние его здоровья, особенности окружающей его микросоциальной среды, какие именно из психических функций задержались в развитии, когда и насколько, и другие психологические особенности ребенка.

Важнейшим фактором, определяющим динамику возрастного развития, является своевременность, т. е. в раннем и дошкольном возрасте, организованная коррекционно-педагогическая помощь. Дети с перечисленными вариантами ЗПР могут быть направлены в специализированные детские сады или коррекционные группы при массовых детских садах.

2. Психолого-педагогический аспект.

Нарушения темпа нервно-психического развития могут быть выявлены уже в раннем возрасте (до 3-х лет). Последствия раннего органического поражения мозга или функциональная незрелость ЦНС обуславливают ряд отклонений, затрудняющих взаимодействие ребенка с окружающей средой, вследствие чего не складывается полноценная база для последующего развития высших психических функций. На первом году жизни показателями нарушения темпа нервно-психического развития могут служить:

- снижение ориентировочной активности и потребности в ориентировочно-исследовательской деятельности.

Это проявляется в слабой выраженности ориентировочных реакций, замедлении реакции зрительного и слухового сосредоточения;

- более позднее появление "комплекса оживления", недостаточная активность при эмоциональном общении со взрослым;

- в доречевом периоде - более позднее появление гуления, лепета, первых слов, неадекватная реакция на жесты, мимику и интонации взрослых. Этапы гуления и лепета растянуты во времени;

- замедленный темп формирования статических (связанных в равновесие) и локомоторных (способность к передвижению) функций;

- запаздывание в развитии ручной моторики и зрительно-моторной координации.

Выраженность перечисленных недостатков психомоторного и речевого развития зависит от степени тяжести поражения ЦНС. Проблемы в развитии ребенка могут усугубляться ранней сенсорной и эмоциональной депривацией, если он воспитывается в неблагоприятных социальных условиях.

В норме основными достижениями ребенка к 1 году являются овладение самостоятельной ходьбой, специфические манипуляции с предметами, коммуникативно-познавательная активность, понимание обращенной речи в хорошо знакомой ситуации, появление первых слов. К этому возрасту общение со взрослым приобретает не только эмоциональный, но и ситуативно-деловой характер. Нормально развивающийся ребенок активно сотрудничает со

взрослыми. Эти достижения становятся основой для развития психики на втором и третьем году жизни - развития общей и мелкой моторики, сенсорно-перцептивной деятельности, овладения действиями (использованием предметов по назначению), дальнейшего формирования речи, овладения предметно-игровой деятельностью. Особое значение имеет своевременное развитие речи, за счет чего происходит качественная перестройка и интеграция психических функций.

В раннем возрасте (от 1 года до 3-х лет) отклонения в развитии ребенка становятся более очевидными, даже если они не имеют грубого характера. Прежде всего следует обращать внимание на развитие общей и мелкой моторики, сенсорно-перцептивной деятельности (как ребенок реагирует на предметы, узнает ли их, стремится ли их исследовать, находит ли одинаковые, использует ли их по назначению). Важный диагностический показатель - коммуникативная активность ребенка, его возможности сотрудничества со взрослым. В этот возрастной период в норме происходит бурное развитие речи. У проблемного ребенка обнаруживается недоразвитие речи, при этом несформированной оказывается не только активная речь, но и понимание обращенной к ребенку речи.

Однако, оценка уровня психомоторного и речевого развития ребенка должна производиться очень осторожно. На его развитие могут влиять многие факторы: унаследованные особенности организма, общее состояние здоровья, особенности условий жизни и воспитания. Задержку психомоторного развития могут вызвать различные неблагоприятные условия, воздействующие на развивающийся мозг в перинатальном или постнатальном периоде, или неблагоприятное сочетание этих факторов. Безусловно, дифференциальная диагностика в раннем возрасте затруднена. При различной локализации нарушений может наблюдаться сходная симптоматика (например, "безречевым", неговорящим, может быть ребенок как с нарушенным слухом, так и с умственной отсталостью, алалией, аутизмом). Нарушения могут касаться одной или нескольких функций, сочетаться или не сочетаться с различными неврологическими отклонениями.

Психическое развитие ребенка подчиняется закону гетерохронии, т. е. психические функции формируются в определенной последовательности, и для развития каждой из них существуют оптимальные сроки, каждая имеет свой цикл развития. В связи с разными формами и степенью тяжести органического поражения ЦНС или с замедленным темпом ее морфофункционального созревания, изменяется темп и сроки формирования психических функций, сдвигаются чувствительные периоды.

Практика доказывает, что раннее выявление отклонений и квалифицированная помощь ребенку в раннем возрасте обеспечивают наибольший эффект в преодолении имеющихся нарушений и предупреждении отклонений в развитии (Н.Ю. Борякова (1999)).

Дети раннего возраста с отставанием психомоторного развития отличаются рядом особенностей. Как правило, это соматически ослабленные малыши, отстающие не только в психическом, но и в физическом развитии. В анамнезе отмечается задержка в формировании статических и локомоторных функций, при обследовании выявляется несформированность всех компонентов двигательного статуса (физического развития, техники движений, двигательных качеств) по отношению к возрастным возможностям. Обнаруживается снижение ориентировочно-познавательной деятельности, внимание ребенка трудно привлечь и удержать. Затруднена сенсорно-перцептивная деятельность. Такие дети не умеют обследовать предметы, затрудняются в определении их свойств. Однако, в отличие от умственно

отсталых дошкольников, они вступают в деловое сотрудничество со взрослым и с его помощью справляются с решением наглядно-практических задач.

Такие дети почти не владеют речью - пользуются или несколькими лепетными словами, или отдельными звукокомплексами. У некоторых из них может быть сформирована простая фраза, но способность ребенка активно использовать фразовую речь значительно снижена.

У этих детей манипулятивные действия с предметами сочетаются с предметными действиями. При помощи взрослого они активно осваивают дидактические игрушки, однако способы выполнения соотносящих действий несовершенны. Детям требуется гораздо большее количество проб и примериваний для решения наглядной задачи. Их общая моторная неловкость и недостаточность тонкой моторики обуславливают несформированность навыков самообслуживания - многие затрудняются в использовании ложки в процессе еды, испытывают большие трудности при раздевании и особенно в одевании, в предметно-игровых действиях.

У таких детей снижены адаптивные возможности. Поступив в дошкольное учреждение, они чаще болеют. Требуется специальная система мер со стороны родителей, медицинских работников, педагогов, психологов для создания необходимых условий, облегчающих процесс адаптации в условиях учреждения.

Рассматривая психологические особенности старших дошкольников с ЗПР, прежде всего следует отметить, что это дети с нереализованными возрастными возможностями (У.В. Ульenkova (1984)). Все основные психические новообразования возраста у них формируются с запаздыванием и имеют качественное своеобразие.

В дошкольном возрасте у детей с ЗПР выявляется отставание в развитии общей и, особенно, тонкой моторики. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества (быстрота, ловкость, сила, точность, координация), выявляются недостатки психомоторики. Слабо сформированы навыки самообслуживания, технические навыки в изо-деятельности, лепке, аппликации, конструировании. Многие дети не умеют правильно держать карандаш, кисточку, не регулируют силу нажима, затрудняются при пользовании ножницами. Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР нет, однако уровень физического и моторного развития ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, затруднено формирование графомоторных навыков.

Для таких детей характерна рассеянность внимания, они не способны удерживать внимание достаточно длительное время, быстро переключать его при смене деятельности. Для них характерна повышенная отвлекаемость, особенно на словесный раздражитель. Деятельность носит недостаточно целенаправленный характер, дети часто действуют импульсивно, легко отвлекаются, быстро утомляются, истощаются. Могут наблюдаться и проявления инертности - в этом случае ребенок с трудом переключается с одного задания на другое. Также у них недостаточно сформирована способность к произвольной регуляции деятельности и поведения, что затрудняет выполнение заданий учебного типа. Сенсорное развитие также отличается качественным своеобразием. У детей с ЗПР зрение и слух физиологически сохранены, однако процесс восприятия несколько затруднен - снижен его темп, сужен объем, недостаточна точность восприятия (зрительного, слухового, тактильно-двигательного).

В исследовании П.В. Шохина и Л.И. Переслени (1986) выявлено, что дети с ЗПР в единицу времени воспринимают меньший объем информации, т. е. снижена скорость выполнения перцептивных операций. Затруднена ориентировочно-исследовательская деятельность, направленная на исследование свойств и качеств предметов. Требуется большее количество практических проб и примериваний при решении наглядно-практических задач, дети затрудняются в обследовании предмета. В то же время дети с ЗПР, в отличие от умственно отсталых, могут практически соотносить предметы по цвету, форме, величине. Основная проблема в том, что их сенсорный опыт долго не обобщается и не закрепляется в слове, отмечаются ошибки при назывании признаков цвета, формы, величины. Таким образом, эталонные представления не формируются своевременно. Ребенок, называя основные цвета, затрудняется в названиях промежуточных цветовых оттенков. Не использует слова, обозначающие величины ("длинный - короткий", "широкий - узкий", "высокий - низкий" и т.д.), а пользуется словами "большой - маленький". Недостатки сенсорного развития и речи влияют на формирование сферы образов-представлений. Из-за слабости анализирующего восприятия ребенок затрудняется в выделении основных составных частей предмета, определении их пространственного взаимного расположения. Можно говорить о замедленном темпе формирования способности воспринимать целостный образ предмета. Влияет на это и недостаточность тактильно-двигательного восприятия, которое выражается в недостаточной дифференцированности кинестетических и тактильных ощущений (температуры, фактуры материала, свойства поверхности, формы, величины), т.е. когда у ребенка затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

У детей с ЗПР замедлен процесс формирования межанализаторных связей, которые лежат в основе сложных видов деятельности. Отмечаются недостатки зрительно моторной и слухо-зрительно-моторной координации. В дальнейшем эти недостатки также будут препятствовать овладению чтением и письмом. Недостаточность межанализаторного взаимодействия проявляется в несформированности чувства ритма, трудностях в формировании пространственных ориентировок.

Память детей с ЗПР отличается качественным своеобразием. В первую очередь у детей ограничен объем памяти и снижена прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память. Выраженность этого дефекта зависит от происхождения ЗПР. При правильном подходе к обучению, дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания.

Значительное своеобразие отмечается в развитии мыслительной деятельности. Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений. Отмечается подражательный характер деятельности детей с ЗПР, несформированность способности к творческому созданию новых образов, замедлен процесс формирования мыслительных операций. К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР еще не сформирован соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления - дети не выделяют существенных признаков при обобщении, а обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам. Например, отвечая на вопрос: "Как назвать одним словом диван, шкаф, кровать, стул?", - ребенок может ответить: "Это у нас дома есть", "Это все в комнате стоит", "Это все нужное человеку". Затрудняются при сравнении предметов, производя их сравнение по случайным признакам, при этом затрудняются даже в выделении признаков различия. Например, отвечая на вопрос: "Чем не похожи люди и животные?", - ребенок произносит: "У людей есть тапочки, а у зверей - нет". Однако,

дошкольники с ЗПР, после получения помощи, выполняют предложенные задания на более высоком, близком к норме уровне.

Особого внимания заслуживает рассмотрение особенностей речевого развития детей с ЗПР. Многим из них присущи дефекты звукопроизношения, недостатки фонематического восприятия. Среди воспитанников специализированных групп много детей с таким речевым нарушением, как дизартрия.

Нарушения речи при ЗПР носят системный характер и входят в структуру дефекта. На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа "Коля старше Миши", "Береза растет на краю поля". Дети плохо понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс декодирования текстов, т. е. затруднен процесс восприятия и осмысления их содержания.

Дети рассматриваемой группы имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужен глагольный словарь. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества, который продолжается до 7-8 лет.

Грамматический строй речи также отличается рядом особенностей. Ряд грамматических категорий дети практически не используют в речи, однако, если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно.

Незрелость внутриречевых механизмов приводит не только к трудностям в грамматическом оформлении предложений. Основные проблемы касаются формирования связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.

Наличие в структуре дефекта недоразвития речи при ЗПР обуславливает необходимость специальной логопедической помощи. Поэтому, наряду с учителем-дефектологом с каждой группой детей должен работать логопед. Организационные аспекты его работы мы рассмотрим ниже.

В плане организации коррекционной работы с детьми, важно учитывать и своеобразие формирования функций речи, особенно ее планирующей, регулирующей функции. При ЗПР отмечается слабость словесной регуляции действий (В.У. Лубовский (1978)). Методический подход предполагает развитие всех форм опосредования - использования реальных предметов и предметов-заместителей, наглядных моделей, а также развитие словесной регуляции. В этом плане важно учить детей сопровождать речью свои действия, подводить итог - давать словесный отчет, а на более поздних этапах работы - составлять инструкции для себя и для других, т. е. обучать действиям планирования. Рассматривая психологическую структуру ЗПР в дошкольном возрасте, Е.С. Слепович (1994) указывает на ее основные звенья - недостаточную сформированность мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов представлений, недоразвитие знаково-символической деятельности. Все названные особенности наиболее ярко проявляются на уровне игровой деятельности. У детей с ЗПР снижен интерес к игре и к игрушке, с трудом возникает замысел игры, сюжеты игр тяготеют к стереотипам, преимущественно затрагивают бытовую тематику. Ролевое

поведение отличается импульсивностью, например, ребенок собирается играть в "Больницу", с увлечением надевает белый халат, берет чемоданчик с "инструментами" и идет... в магазин, так как его привлекли красочные атрибуты в игровом уголке и действия других детей. Несформирована игра и как совместная деятельность: дети мало общаются между собой в игре, игровые объединения неустойчивы, часто возникают конфликты, дети мало общаются между собой, коллективная игра не складывается. Однако, у детей с ЗПР, в сравнении с нормой, уровень развития игровой деятельности достаточно низкий и требует коррекции.

Незрелость эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР обуславливает своеобразие формирования их поведения, и личностные особенности. Страдает сфера коммуникации. По уровню коммуникативной деятельности дети отстают от нормально развивающихся детей.. Так, исследования Е.Е. Дмитриевой (1989) показали, что старшие дошкольники с ЗПР не готовы к внеситуативно-личностному общению со взрослым. В отличие от своих нормально развивающихся сверстников они достигают лишь уровня ситуативно-делового общения. Эти факты необходимо учитывать при построении системы педагогической и психологической коррекции.

Отмечаются проблемы в формировании нравственно-этической сферы - страдает сфера социальных эмоций, дети не готовы к "эмоционально теплым" отношениями со сверстниками, могут быть нарушены эмоциональные контакты с близкими взрослыми, дети слабо ориентируются в нравственно-этических нормах поведения (Е.Н. Васильева (1994), Г.Н. Ефремова (1997)).

При задержке психического развития затруднено социальное развитие ребенка, его личностное становление - формирование самосознания, самооценки, системы "Я". В старшем дошкольном возрасте такой ребенок безынициативен, его эмоции недостаточно яркие, он не умеет выразить свое эмоциональное состояние, затрудняется в понимании состояний других людей. Ребенок не может регулировать свое поведение на основе усвоенных норм и правил, не готов к волевой регуляции поведения. Без специальной коррекционной педагогической помощи такой ребенок оказывается психологически не подготовленным к школе по всем параметрам:

- Как правило, ослаблено здоровье и отмечается сниженный уровень физического и психофизического развития (т. е. ребенок не достигает "школьной зрелости"),
- Несформирована мотивационная готовность. Даже если ребенок хочет идти в школу, в большей степени его привлекает учебная атрибутика - в школе он будет играть, а не учиться.
- Отмечается низкий уровень эмоционально-волевой готовности. Ребенок не может подчиниться правилам дисциплины, неспособен к длительным интеллектуальным усилиям.
- Несформированы все структурные компоненты учебной деятельности. При выполнении заданий учебного типа ребенок не проявляет к ним интереса, стремится поскорее закончить непривлекательную для него деятельность, не доводит работу до конца. Он с трудом принимает программу, предложенную взрослым в виде образца и, особенно, в виде словесной инструкции, не удерживает ее на протяжении работы, т. е. эта программа не становится его собственной. Действует недостаточно осознанно, не может вербализовать правила, по которым нужно выполнять задания, не может дать словесный отчет, рассказать, как он выполнял работу. Затрудняется в выборе адекватных способов для выполнения задания, необходимые навыки сформированы на

низком уровне. Особые проблемы касаются саморегуляции и самоконтроля. Ребенок не замечает своих ошибок, не исправляет их, не может адекватно оценить результат.

У.В. Ульяновская (1994) отмечает несформированность общей способности к учению у детей с ЗПР, что лежит в основе снижения обучаемости и определяет проблемы школьного обучения.

Анализ особенностей психического развития рассматриваемой категории детей позволяет сделать следующие выводы:

Задержка психического развития затрагивает всю психическую сферу ребенка, и, по существу, является системным дефектом. Поэтому процесс обучения и воспитания должен выстраиваться с позиций системного подхода. Необходимо сформировать полноценный базис для становления высших психических функций и обеспечить специальные психолого-педагогические условия, необходимые для их формирования.

При этом следует учитывать, что при ЗПР нарушения имеют полиморфный характер, их психологическая структура сложна. Выраженность повреждений и (или) степень несформированности психических функций может быть различной, возможны различные сочетания сохраненных и несформированных функций, этим и определяется многообразие проявлений ЗПР в дошкольном возрасте.

Если нормально развивающийся ребенок усваивает систему знаний и поднимается на новые ступени развития в повседневном общении со взрослыми (при этом активно работают механизмы саморазвития), то при ЗПР каждый шаг может осуществляться только в условиях целенаправленного формирования каждой психической функции с учетом их взаимодействия и взаимовлияния.