**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ЗПР**

**■ Клиническая характеристика детей с ЗПР**

Этиология ЗПР связана с конституциональными факто­рами, хроническими соматическими заболеваниями, с не­благоприятными социальными условиями воспитания и, преимущественно, с органической недостаточностью ЦНС резидуального или генетического характера (Ю. Г. Демья­нов, Е. С. Иванов, В. В. Лебединский).

Задержка психического развития проявляется, прежде всего, в замедлении темпа психического развития. При по­ступлении в школу у детей с ЗПР обнаруживается недоста­точность общего запаса знаний, ограниченность представлений об окружающем мире, незрелость мыслительных процес­сов, недостаточная целенаправленность интеллектуальной деятельности, быстрая ее пресыщаемость, преобладание игровых интересов.

В одних случаях (различные виды инфантилизма) у де­тей преобладает задержка развития эмоционально-волевой сферы. В других случаях ЗПР преимущественно проявля­ется в замедлении развития познавательной деятельности.

**Классификация ЗПР К. С. Лебединского**

*С учетом этиологии различают 4 основных ва­рианта задержки психического развития:*

1. конституционального происхождения;
2. соматогенного происхождения;
3. психогенного происхождения;
4. церебрально-органического генеза.

**Классификация ЗПР Ю.Г. Демьянова**

*Выделяют следующие варианты ЗПР:*

1. с цереброастеническим синдромом;
2. психофизический инфантилизм;
3. с невропатоподобным синдромом;
4. с психопатоподобным синдромом;
5. при детских церебральных параличах;
6. при общем недоразвитии речи;
7. при дефектах слуха;
8. при тяжелых дефектах зрения;
9. при тяжелых соматических заболеваниях;
10. 10) при тяжелой семейно-бытовой запущенности.

Рассмотрим клиническую характеристику этих вариан­тов ЗПР.

**ЗПР с цереброастеническим синдромом**

Этиология этой формы ЗПР связана с негрубыми нару­шениями течения беременности и родов, истощающими соматическими заболеваниями и черепно-мозговыми трав­мами впервые годы жизни ребенка.

Наряду с причинами биологического характера, час­то отмечаются и социальные причины: неблагоп­риятные внутрисемейные отношения, педагогическая за­пущенность.

При неврологическом обследовании у детей часто обнару­живают симптомы дисфункции вегетативной не­рвной системы, в ряде случаев — рассеянную микро­симптоматику очагового характера.

Электроэнцефалографические исследования часто выяв­ляют диффузные изменения биоэлектрической активнос­ти, дисфункцию срединных структур головного мозга и не­грубые локальные изменения коры головного мозга.

Цереброастенический синдром проявляется в быстрой истощаемости произвольного внимания, утомляемости, неспособности к длительному психическому напряжению.

У детей с этой формой ЗПР отмечается сужение объема зрительной и слуховой памяти, недостаточная скорость запоминания информации, слабость речеслуховои и зрительной памяти.

Нарушения памяти проявляются и в процессах «рядооб-разования». У детей наблюдаются трудности запоминания последовательности движений, воспроизведения серии гра­фических изображений, ритмических рисунков. Эти дети затрудняются в запоминании времен года, дней недели, ме­сяцев, стихотворений.

Нарушения познавательной деятельности про­являются и в особенностях восприятия, мышления.

В дошкольном возрасте у детей отмечается отставание в развитии устной речи. С первых этапов школьного обу­чения обнаруживаются трудности в овладении чтением, письмом, счетом (дислексии, дисграфии, дискалькулии).

В учебной деятельности особенно резко проявляются чер­ты цереброастенического синдрома. У детей отмечается бы­страя утомляемость и отвлекаемость. Вследствие быстрой утомляемости дети становятся пассивными, вялыми, рас­сеянными либо раздражительными, капризными.

**Психофизический инфантилизм**

Эта форма ЗПР проявляется в трех вариантах.

1)Гармонический психофизический инфантилизм.

Этиология этого варианта психофизического инфанти­лизма связана с наследственными факторами и истоща­ющими заболеваниями в раннем периоде.

В дошкольном возрасте, как правило, отставание в пси­хическом развитии этих детей не замечается окружающи­ми, так как проявляется в легкой форме. Эти дети общи­тельны, эмоциональны, доброжелательны и приветливы. У них не возникает проблем в отношениях со взрослыми и детьми.

У детей с этой формой ЗПР обнаруживается отставание как физического, так и психического развития на 2-3 года. Особенности телосложения, пропорций тела, моторики ха­рактерны для детей более младшего возраста. Эмоциональ­но-волевая сфера характеризуется незрелостью.

В школьном возрасте у этих детей продолжают домини­ровать игровые интересы, наблюдается непосредственность в рассуждениях, наивность.

Вместе с этим, у детей с психофизическим инфантилиз­мом не обнаруживается существенных нарушений познава­тельной деятельности (гнозиса, мышления, внимания, па­мяти). Прогноз психического развития благоприятный.

2)Дисгармонический психический инфантилизм.

Причинами этой формы инфантилизма являются негрубые повреждения головного мозга на ранних стадиях развития.

В ряде случаев у этих детей наблюдается отставание фи­зического развития, черты эмоциональной незрелости. Характерными для этих детей являются черты цереброастенического синдрома. Это проявляется в том, что дети ока­зываются неспособными к длительному интеллектуальному напряжению. На фоне переутомления у них обнаруживается невозможность концентрации внимания, повышенная переключаемость внимания, патологическая инертность. У этих детей обнаруживается ограниченный объем кратковремен­ной памяти, невозможность длительно удерживать инфор­мацию различной модальности. Мыслительные операции анализа, синтеза, сравнения, классификации протекают за­медленно и вызывают определенные затруднения.

Эмоционально-волевая сфера этих детей характеризуется эмоциональной неустойчивостью. Обращают на себя вни­мание и особенности поведения этих детей: склонность к конфликтам, драчливости, агрессивности. Во многих слу­чаях у детей наблюдается эгоистичность, отсутствие само­критичности. По причине указанных особенностей личнос­ти эти дети не имеют друзей.

Прогноз психического развития этих детей менее благо­приятный, чем при гармоническом психофизическом ин­фантилизме.

3) Психофизический инфантилизм при эндокрин­ной недостаточности.

Темп психического развития этих детей отстает от нормы. Телосложение характеризуется диспластичностью. В мотор­ной сфере выявляется неловкость, неуклюжесть движений, нарушение координации, синхронности и последовательно­сти движений.

У этих детей отмечается повышенная внушаемость, пас­сивность, робость, застенчивость, наивность в суждениях. Наряду с этим, проявляется ворчливость, резонерство, хва­стливость.

Психическая деятельность этих детей характеризуется пассивностью, недостаточной гибкостью, замедленным тем­пом, быстрой истощаемостью.

 **ЗПР с невропатоподобным синдромом**

Этиология этой формы ЗПР связана с легкой органической недостаточностью мозга, которая возникает в результате воздействия патологических факторов на раннем этапе онтогенеза.

Электроэнцефалографическое исследование выявляет у этих детей негрубые изменения биоэлектрической активности го­ловного мозга. При неврологическом исследовании выявляют­ся признаки дисфункции вегетативной нервной системы.

В клинической картине отмечается задержка развития ряда психических функций на фоне симптомов, сходных с невропатией («врожденной нервностью»).

Раннее психомоторное развитие этих детей проходят в пределах нормы. Однако наблюдается ряд особенностей их поведения: крикливость, излишняя возбудимость, под­вижность, склонность к капризам. У многих детей наблю­даются соматовегетативные нарушения: срыгивание, рвота, нарушение чередования сна и бодрствования, беспокойный сон, ночные страхи, недержание мочи и др.

Эмоционально-волевая сфера этих детей характеризует­ся неустойчивостью эмоций, повышенной истощаемостью, впечатлительностью, обидчивостью, плаксивостью, склон­ностью к невротическим реакциям.

Излишняя отвлекаемость, суетливость, быстрая истощаемость произвольного внимания приводят к трудностям ус­воения знаний, к конфликтам с учителями, которые могут провоцировать эффектные реакции в виде крика, плача. Школьная неуспеваемость усиливает невротические реак­ции детей, вызывает страхи, нежелание посещать школу.

Познавательная деятельность характеризуется недораз­витием ряда психических функций. Особенности психичес­кого развития приводят в школьном возрасте к возникно­вению дисграфии и дискалькулии.

Прогноз психического развития этих детей благоприя­тен при условии своевременной и целенаправленной психо­лого-педагогической помощи.

**ЗПР с психопатоподобными синдромами**

При раннем поражении структур головного мозга на­рушения психического развития могут комбинироваться и с искаженным формированием личности. Наиболее ха­рактерными вариантами этой формы ЗПР являются следу­ющие:

**1) ЗПР с синдромом гиперактивности**

Особенности поведения и эмоционально-волевой сфе­ры этих детей проявляются в гиперактивности. При этом движения и действия этих детей непоследовательны, ха­отичны.

В конфликтных ситуациях эти дети проявляют агрес­сивность, но без жестокости, однако быстро успокаиваются. В поведении этих детей наблюдается также упрямство, аффективная напряженность.

Особенности познавательной деятельности проявляются, прежде всего, в нарушении концентрации внимания при осуществлении интеллектуальных операций, в быстрой отвлекаемости внимания при относительной сохранности про­цессов памяти и мыслительных операций.

Школьная неуспеваемость этих детей обусловлена таки­ми особенностями мыслительной деятельности, как недостаточная системность, упорядоченность, отсутствие четкой направленности и планомерности при решении интеллек­туальных задач и при усвоении школьных знаний. Неуда­чи ребенка в школе вызывают негативное отношение к шко­ле, к обучению, школьную фобию.

В дальнейшем, после прохождения подросткового пери­ода, происходит либо постепенное сглаживание симптома­тики, улучшение поведения и отношения к школе, либо усложнение деформации личности.

2) ЗПР с синдромом гипоактивности

С раннего возраста у таких детей отмечается замедлен­ный темп моторного и психического развития.

Движения и действия этих детей замедленны. Они не сразу включаются в различные виды деятельности, нере­шительны при выборе и прогнозе предстоящих действий, не сразу реагируют на поведение других детей в процес­се игры.

У этих детей отмечается замедленность восприятия и по­нимания речи. Формирование других психических функ­ций также характеризуется более замедленным темпом.

Многие психические процессы характеризуются пассив­ностью, инертностью. Исследования мышления обнаружи­вают у этих детей шаблонность, стереотипность, отсутствие творческой активности, гибкости, оригинальности.

3) ЗПР с аутистическим синдромом

Нарушения психомоторного развития наблюдаются у этих детей с раннего возраста. Развитие моторики часто отстает от нормы. У детей отмечается неловкость движений, нали­чие двигательных стереотипов.

В речи этих детей отмечаются нарушения звукопроизношения, просодических компонентов речи, обилие речевых штампов.

С раннего возраста проявляется аутичность. Эти дети ве­дут себя так, как будто они одни, не стремятся к общению и игре с другими детьми, иногда предпочитают избира­тельно контактировать с некоторыми взрослыми людьми.

Круг их интересов избирателен и ограничен. Чрезвычай­но трудно вовлечь этих детей в деятельность, которая им не нравится.

Учебная деятельность их не интересует и вызывает боль­шие трудности.

При этой форме ЗПР отмечается диспропорция в разви­тии различных видов мышления. При относительной со­хранности вербального мышления имеет место задержка в развитии невербального интеллекта (наглядно-образного, в частности, конструктивного мышления).

Школьная неуспеваемость этих детей осложняется не­достаточной сосредоточенностью и целенаправленностью.

В связи с имеющимися особенностями психической дея­тельности, у детей обнаруживаются нарушения чтения, письма и счета.

**ЗПР при общем недоразвитии речи**

Нарушения речевого развития у. этих детей часто соче­таются с особенностями мыслительной деятельности. На­глядно-действенное и наглядно-образное мышление разви­ваются без особых отклонений. В то же время формирование вербально-логического мышления характери­зуется задержкой в развитии. Эти особенности мышления в сочетании с тяжелыми нарушениями речевого развития приводят к большим трудностям школьного обучения, к воз­никновению дислексии, дисграфии, дискалькулии.

**ЗПР при тяжелых соматических заболеваниях**

Из-за длительных соматических заболеваний у детей воз­никает астенический синдром, который проявляется в быст­рой утомляемости при физической и психической нагрузке.

Гиперопека к больному ребенку в семье и медицинском учреждении приводит к формированию таких черт личнос­ти, как инфантильность, отсутствие самостоятельности, по­вышенная внушаемость, эгоистичность.

Характерной чертой при этой форме ЗПР является по­вышенная истощаемость произвольного внимания, памяти и мышления, недостаточная скорость запоминания и обра­ботки информации. У многих детей наблюдается эмоцио­нальная неустойчивость, обидчивость, сензитивность, склон­ность к капризам. В ряде случаев имеют место невротичес­кие реакции.

**ЗПР при тяжелой семейно-бытовой запущенности**

Одной из причин ЗПР может служить эмоциональ­ная и сенсорная депривация ребенка, которая на­блюдается при тяжелой семейно-бытовой запущенности.

Психическая депривация может привести к сни­жению познавательной активности ребенка, к отставанию психического развития, к изменению эмоционально-воле­вой сферы.

Объем пред став л ений об окружающем мире у таких детей ограничен, а знания бессистемны, поверхностны, неточны. Отсутствие контроля за выполнением обязанно­стей приводит к слабости волевых усилий, к неуме­нию планировать свою деятельность для достижения цели. Такие дети по уровню имеющихся у них знаний и представ­лений, по особенностям поведения оказываются неподго­товленными к школьному обучению.

Уже в 1 классе у детей отмечаются страхи школьного обучения, школьная дезадаптация. Особенности познава­тельной деятельности и эмоционально-волевой сферы со­провождаются трудностями в овладении школьными навы­ками, чтением, письмом и счетом.

Таким образом, согласно классификации Ю. Г. Демья­нова, ЗПР часто комбинируется с различны­ми формами дизонтогенеза.

В целом, при ЗПР различного этиопатогенеза чаще всего имеет место сочетание различных симптомов: замедление темпа развития одних психических функций, стойкое не­доразвитие других и нарушение структуры третьих психи­ческих функций.

В связи с этими особенностями психического развития, необходима наиболее ранняя клиническая, психологичес­кая й педагогическая диагностика задержки психического развития.

Сложность структуры психического дизонтогенеза у де­тей с ЗПР вызывает необходимость комплексного подхода при коррекции нарушений психического развития, включа­ющего биологическую терапию, психотерапию, психологи­ческую и педагогическую коррекцию, с учетом особенностей структуры дефекта, неравномерности и дисгармоничности психического развития этих детей.

Таким образом, классификация В. В. Лебединского и Ю. Г. Демьянова существенно отличаются друг от друга с точки зрения общего подхода к определению самого поня­тия «задержка психического развития».

В классификации В.В.Лебединского ЗПР определяется как специфическое нарушение психического развития, отличающееся от других форм дизонтогенеза

в детском возрасте: нарушений психического развития при дефектах анализаторов, аутизме, психопатиях и др.

В классификации Ю. Г. Демьянова понятие ЗПР рассматривается более широко и включает все виды нарушений психического развития (кроме вариантов ум­ственной отсталости), при которых имеются отклонения в психическом развитии и снижение интеллекта.