

Министерство образования Российской Федерации  
Ярославский государственный педагогический университет  
имени К.Д.Ушинского

**Н.А. Деревянкина**

**Психологические особенности дошкольников с  
задержкой психического развития**

*(учебное пособие к вводной части курса  
ДПП.Ф.12 “Психолого-педагогическая коррекция”)*

Ярославль  
2003

ББК88.848 Я.73  
Д 361  
УДК 159.922.7/.8

Печатается по решению  
редакционно-издательского совета  
ЯГПУ им. К.Д.Ушинского

Д 361      Деревянкина Н.А. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития: Учебное пособие. Ярославль: Изд-во ЯГПУ им. К.Д.Ушинского, 2003. 77 с.

Учебное пособие предназначено для студентов специальности “Психология”, “Дефектология”, психологов дошкольных образовательных учреждений, дефектологов, а также для всех, интересующихся проблемами нарушения развития в детском возрасте.

Научный редактор: Е.Н. Корнеева, доцент кафедры психологии ЯГПУ им.К.Д.Ушинского

Рецензенты:

Н.В.Клюева, доктор психологических наук, профессор;  
О.К.Брагина, врач-психиатр МДОУ д/с 78 г.Ярославля

© Ярославский государственный педагогический университет  
им. К.Д.Ушинского, 2003  
© Н.А.Деревянкина, 2003

## ***СОДЕРЖАНИЕ***

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (введение в проблему) //.....	5
2. ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ЗПР.....	27
3. ВЫВОДЫ.....	75
4. ЛИТЕРАТУРА.....	77

## ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным исследований конца 90-х гг. XX века, количество детей с задержкой психического развития постоянно увеличивается. Этому можно дать несколько объяснений: во-первых, объективно растет число вредностей, способных стать причиной нарушения развития; во-вторых, усложняющиеся школьные программы оказываются непосильными для все меньшего количества учеников; и в-третьих, совершенствующиеся методы диагностики позволяют точнее определять уровень развития ребенка, отделяя не только “норму” от “не нормы”, но и выявляя разные формы и степени нарушенности. Уточняются и усложняются задачи, стоящие перед специалистами, работающими с этой категорией детей. Очевидно, что коррекция познавательной сферы без системы общеукрепляющих воздействий, целенаправленного формирования коммуникативных навыков, коррекции эмоциональной сферы не приводит к желаемому результату. Дополнительной трудностью является высокая степень неоднородности рассматриваемой категории детей. Один и тот же ребенок может характеризоваться дефицитарностью одних функций с одновременной сохранностью других. Такая неравномерность нарушенности делает тяжелую форму ЗПР в ряде случаев похожей на умственную отсталость. В то же время легкая форма ЗПР до начала систематического обучения может остаться незамеченной. В ранней диагностике задержки психического развития должны принимать участие не только специалисты — психологи, дефектологи, врачи, но и родители и воспитатели дошкольных учреждений. Таким образом, в настоящее время самый широкий круг людей сталкивается с необходимостью знания и понимания психологических особенностей детей с ЗПР.

Целями данной работы являются рассмотрение существующих подходов к классификации ЗПР, выявление специфических особенностей дошкольников с ЗПР, создание “психологического портрета” задержки психического развития.

## ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (введение в проблему)

По данным НИИ дефектологии РАО, примерно 80% случаев систематической школьной неуспеваемости обусловлены различными состояниями интеллектуальной недостаточности, включая дебильность и так называемую задержку психического развития. Достаточного уровня школьной зрелости в 6-летнем возрасте достигают менее 50% детей, а недоразвитие познавательных способностей отмечается у каждого 10-го ребенка школьного возраста (Т.Я.Сафонова, А.Д.Фролова). По данным Министерства образования РФ, за последние 10 лет количество детей с нарушением интеллекта снизилось на 14-15%, а количество детей с ЗПР увеличилось в 2 раза. К 2000 году число дошкольников с ЗПР составляло 25% от детской популяции.

Комплексное изучение ЗПР как специфической аномалии детского развития развернулось в советской дефектологии в 60-е гг. Острейшая необходимость разработки теоретического аспекта проблем особенностей психического развития детей с ЗПР в сравнении с другими аномалиями развития, а также в сравнении с полноценно развивающимися детьми была обусловлена главным образом нуждами педагогической практики. Переход школы на новые усложненные программы усугубил проблемы стойко не успевающих учащихся. В то же время развертыванию комплексного клинико-психолого-педагогического изучения обозначенной детской категории способствовал накопленный к этому времени опыт углубленной разработки проблем дифференциальной диагностики. В конце XX века специальная психология и педагогика располагают рядом исследований, посвященных изучению психологических особенностей детей с ЗПР:

- памяти (Н.Г.Поддубная,1975; Н.Г.Лутонян,1977; В.Л.Подобед,1981);

- речи (В.И.Лубовский,1978; Е.С.Слепович,1978; Р.Д.Триггер,1981; Н.Ю.Борякова,1983);

- мышления (Т.В.Егорова,1975;С.А.Домишкевич,1987; И.А.Коробейников, 1980; Т.А.Стрекалова,1982);

- игровой деятельности (Л.В.Кузнецова,1984; Е.С.Слепович,1990);

- учебной деятельности (Г.И.Жаренкова, 1975; С.Г.Шевченко,1994);
- личности (Е.Е.Дмитриева, 1990; Е.Н.Васильева, 1994; Г.Н.Ефремова, 1997).

И все же на сегодняшний день психолого-педагогический аспект многих проблем задержки психического развития дошкольников продолжает оставаться мало разработанным:

- нет теоретически обоснованной и практически целесообразной системы диагностики ЗПР у дошкольников,
- нет общепринятой достаточно конкретной классификации ЗПР с учетом взаимодействия биологических и социальных факторов,
- не изучены специфические особенности психики детей различных форм ЗПР в сравнении с нормой и олигофренией,
- не изучены возможности психического продвижения детей с ЗПР в различных педагогических условиях,
- нет научно обоснованных программ педагогической коррекции различных форм задержки (У.В.Ульенкова, 1990),
- низкий уровень дифференциальной диагностики затрудняет возможности успешного отграничения детей с ЗПР от детей “группы риска”.

Подобная ситуация не облегчает работу школ и дошкольных учреждений с такими детьми.

Изучение Т.А.Власовой и В.И.Лубовским зарубежного опыта исследований детей, испытывающих трудности в обучении, показало, что однозначной трактовки сущности и причин этих затруднений нет. В США, Англии, Германии эта категория детей обозначалась как “дети с трудностями в обучении”, “дети, имеющие недостаточные способности к обучению”, “неприспособленные”, “педагогически запущенные”, “дети с нарушением поведения”, “дети с минимальными повреждениями мозга”. Отечественные медики, психологи и педагоги учитывают различные аспекты этой проблемы. Исследования Г.Е.Сухаревой, Т.А.Власовой, М.С.Певзнер, В.И.Лубовского, К.С.Лебединской позволили выделить особую категорию детей с задержкой темпа психического развития. Сам термин “задержка психического развития” был предложен Г.Е.Сухаревой. Основываясь на положениях Л.С.Выготского, В.В.Лебединский предложил типологию наруше-

ний психического развития, где среди прочих типов присутствует тип *задержанное развитие*. Некоторые исследователи (И.А.Юркова, М.С.Певзнер) отождествляют психофизический инфантилизм с задержкой психического развития. Психиатры для обозначения указанной категории детей используют термин “смешанное специфическое расстройство”. В настоящее время в психологической и педагогической практике понятие “задержка психического развития” употребляется по отношению к детям со слабо выраженной органической недостаточностью центральной нервной системы. 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, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств. Патогенетической базой этих симптомов является перенесенное ребенком органическое поражение ЦНС и ее резидуально-органическая недостаточность (Т.А.Власова, М.С.Певзнер, К.С.Лебединская, В.И.Лубовский, И.Ф.Марковская, и др.). Другой причиной может быть функциональная незрелость ЦНС (Н.Ю.Борякова, 2000).

ЗПР возникает, как правило, в связи с экзогенными вредностями. Неблагоприятные факторы внешней среды приводят к нарушению темпа развития наиболее молодых отделов нервной системы. В большинстве случаев симптомы обратимы.

#### **Вероятные причины ЗПР у детей:**

- легкие внутриутробные поражения,
- легкие родовые травмы,
- эндокринные нарушения,
- хромосомные aberrации (по последним данным, на 1000 новорожденных приходится 5-7 детей с хромосомными аномалиями),
- тяжелые кишечно-желудочные заболевания на ранних этапах жизни ребенка,
- недоношенность,
- близнецовость,
- алкоголизм родителей,

- психические заболевания родителей,
- патологические черты характера у родителей,
- постнатальные заболевания воспалительного и травматического характера,
- асфиксии.

У.В.Ульенкова приводит цифровые данные распределения причин ЗПР по степени значимости:

67,32% - патология внутриутробного развития и тяжелые заболевания на первом году жизни,

39% - внутриутробные инфекции,

33% - родовые и постнатальные травмы,

14% - стрессы во время беременности,

до 14% - генетический фактор.

Г.Е.Сухарева, М.С.Певзнер, Т.А.Власова, Е.С.Иванов и др. в качестве первопричины ЗПР называют:

- церебральные астении ( астеническая ЦНС, характеризующаяся повышенной утомляемостью, истощаемостью, низкой работоспособностью, быстрым выключением из деятельности, колебаниями внимания, вялостью, пассивностью, может быть возбужденность, неуравновешенность, двигательные беспокойства, суесть),

- аффективную расположенность,

- психопатоподобные расстройства.

Л.О.Бадалян в число причин ЗПР включает педагогическую запущенность, понимая под этим недостаточность развития функций и педагогического воздействия в целом. Педагогическая запущенность развивается на определенных этапах, а именно в период интенсивного развития функций (сензитивный период), например при становлении речи. Другой причиной ЗПР может быть информационный голод (недостаточность зрительных, слуховых, эмоциональных и др. раздражителей).

Н.Н.Данилова указывает на острый и хронический стресс как на возможную причину ЗПР, т.к. он способен тормозить и деформировать развитие и протекание когнитивных процессов.

В.В.Ковалев дифференцирует возрастные уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на различные вредности следующим образом:

1) соматовегетативный (0-3 года);

- 2) психомоторный (4-10 лет);
- 3) аффективный (7-12 лет);
- 4) эмоционально-идеаторный (12-16 лет).

Для каждого из этих уровней характерны свои преимущественные “возрастные” симптомы. По выражению И.А.Скворцова, растущий организм на каждом возрастном этапе “одевает” заболевания мозга в новые “одежды” внешних проявлений в соответствии со степенью зрелости тех образований НС, которые организуют болезненный ответ. Незрелость “отвечающих” образований, неспособность их обеспечить адекватную реакцию организма, что нередко характерно для первых недель и месяцев жизни, могут превратить “одежды” клинической картины заболевания в “шапку-невидимку”: болезнь не проявляет себя до той поры, пока незрелые образования “не понадобятся”. Степень вредоносности неблагоприятных факторов зависит также от “возраста” мозга, подвергнутого их воздействию. Наиболее опасна встреча с ними в критические периоды формирования мозга. В этом случае мозг “выходит из расписания” своего развития. Формирование важнейших функций не успевает “укладываться” в отведенный для этого оптимальный возрастной период, нарушается преемственность двигательных автоматизмов: новые запаздывают, а старые не уходят и мешают выполнению новых.

### **Классификации ЗПР**

На тяжесть задержки влияют:

- 1) характер патогенного фактора, время его воздействия и интенсивность (сила);
- 2) социальные условия, в которых живет и воспитывается ребенок.

Г.Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза (происхождения патологии) нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие.

Л. Каннер (1955) выделяет недоразвитие и искаженное развитие.

Я. Лутц (1968) выделяет пять типов нарушений:

- необратимое недоразвитие - олигофрения,
- дисгармоническое развитие - психопатия,

— регрессирующее развитие - прогрессирующие дегенеративные заболевания, злокачественная эпилепсия,

— альтернирующее развитие - состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации (наблюдается при самой различной соматической и психической патологии),

— измененное по качеству и направлению развитие - шизофрения.

Г.К.Ушаков (1973) и В.В.Ковалев (1979) выделяют: а) ретардацию, т.е. замедленное или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное (частичное); б) асинхронию как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

В.В.Лебединский (1985), основываясь на классификациях Г.Е.Сухаревой и Л.Каннера, выделяет:

### *1.Общее стойкое недоразвитие*

Для этого варианта типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития. Типичный пример этого типа — олигофрения.

### *2.Задержанное развитие*

В этом случае наблюдается замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хронические соматические заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточностью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода). При этом задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью), при психогенных формах — в большей мере с явлениями микросоциальной и педа-

гогической запущенности. При церебрально-органических формах, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, замедление темпа созревания познавательной деятельности связано: а) с одной стороны, с нейродинамическими (в первую очередь церебрально-растительными) расстройствами; б) энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептиформными и др.) расстройствами; в) с первичной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т.д.)

Характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитарными (отстающими в развитии) функциями имеются и сохранные. Наблюдается инертная фиксация более элементарных связей, преимущественно в базальных звеньях, что ведет к временной задержке инволюции более ранних форм. Явления асинхронии связаны с тем, что первичный дефект чаще нарушает развитие отдельных базальных звеньев психических процессов, высшие же уровни страдают вторично (ведущая координата нарушения развития — “снизу вверх”).

В отличие от общего стойкого недоразвития по типу олигофрении, задержанному развитию свойственна парциальность поражения, при которой наблюдается недостаточность отдельных корково-подкорковых функций в сочетании с большей сохранностью высших регуляторных систем.

### *3. Поврежденное развитие*

Оно имеет ту же этиологию, что и два предыдущих вида: наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2-3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения. Но если при других видах дизонтогенеза компонент повреждения является либо осложняющим фактором (например, при недоразвитии по типу осложненной олигофрении), либо пусковым механизмом (например, в случае замедления темпа развития), то характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда

сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем). В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечений, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

#### *4. Дефицитарное развитие*

Этот вид дизонтогенеза связан с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных аналитических систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний. Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Таким образом, преимущественной координатой нарушений развития является координата “снизу вверх”. Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних аналитических систем при сохранности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координаций между речью и действием.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом этого типа связан с глубиной поражения данной функции. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем. Дефицитарное развитие при нарушениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие примеры компенсации за счет сохранности других каналов связи и интеллектуальных возможностей. Эта компенсация осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционной

работы возникают явления депривации, приводящие к нарушению развития как познавательной деятельности, так и личности ребенка.

### *5. Искаженное развитие*

При этом варианте дизонтогенеза наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований.

Искаженное развитие чаще свойственно ряду процессуальных наследственных заболеваний.

Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Наблюдается выраженная асинхрония: в процессе формирования психических функций выстраивается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной степени противоположная нормальному онтогенезу. Так, преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных (двигательных) функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков. Большое значение в этом варианте дизонтогенеза имеют явления изоляции: функции, развивающиеся ускоренно, не “подтягивают” развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в более тяжелых случаях они “зацикливаются”, что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действиях и т.д. Даже при шизофренической природе раннего аутизма явления дизонтогенеза нередко выражены больше, чем симптомы болезни. Однако этим симптомам также принадлежит определенная роль в формировании дизонтогенеза. Так, возникновение аутизма, особенно на ранних этапах развития, в большой мере обусловлено диффузными страхами перед окружающим. Выраженный дефицит общения, в свою очередь, является важнейшим тормозом социального развития больного ребенка.

### *6. Дисгармоническое развитие*

Встречается у 30% городской популяции детей (В.В.Ковалев, Г.В.Козловская). По своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной аксе-

лерацией других. Наблюдается и сходное с искаженным развитием нарушение иерархии в последовательности развития ряда психических функций. Отличие дисгармонического развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональность, обуславливает формирование ряда аномальных вариантов личности, для которых, по Г.Е.Сухаревой, характерна “неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость к окружающей среде”(1959).

Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, а также так называемые патологические формирования личности (О.В.Кербиков, 1960, 1965; В.В.Ковалев, 1969, 1979) в результате неправильных условий воспитания.

Отсутствие как грубых психопатологических расстройств, так и прогрессирующего нарушения развития, характерных для текущего болезненного процесса, ограниченность дизонтогенеза преимущественно личностной сферой переносят акцент ряда закономерностей становления данной аномалии развития с биологического фактора на социальный. Степень выраженности психопатии и даже само ее формирование в значительной мере зависят от условий воспитания и окружения ребенка. Трудности социального приспособления способствуют формированию ряда компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований (Г.Е.Сухарева,1959; А.Е.Личко,1977; В.В.Ковалев,1979 и др.).

*И.А.Юркова*, исследовавшая клинические особенности психического инфантилизма, выделяет 2 его варианта (1971).

*1.Нестойкий вариант психофизического инфантилизма, при котором развитие с годами достигает нормального уровня (временная задержка развития с благоприятной динамикой)*

При этом варианте задержка темпа развития обусловлена главным образом такими неблагоприятными факторами, которые

оказывают токсическое влияние на организм ребенка или вызывают тяжелые расстройства питания (рахит, длительные кишечные расстройства, последовательно протекающие инфекции, алкоголизм родителей). В дошкольном возрасте влияние этих вредностей сказывается главным образом в таких симптомах, как задержка физического развития, повышенная возбудимость, плаксивость, нарушения сна и аппетита, повышенная двигательная активность, быстрая пресыщаемость, неспособность к напряжению.

Особенности эмоциональной сферы этих детей также говорят о незрелости психики. Отмечается большая живость эмоций (дети приветливы, доверчивы, добродушны, ласковы, всегда оживлены, легко откликаются на все занятия, которые вызывают у них удовольствие), но вместе с тем поверхностность их (нет стойких привязанностей к взрослым). Например, будучи в детских учреждениях, дети при свидании с родителями легко с ними расстаются, если их зовут играть или предлагают гостинцы. Они быстро забывают обиды, легко переключаются с одного переживания на другое, проявляют несамостоятельность в деятельности, легкую внушаемость, в поведении и играх следуют за другими детьми.

Психической незрелости соответствуют и признаки задержки физического развития: пропорции тела, рост детей соответствует более младшему возрасту, у многих отмечается задержка роста зубов.

При проведении соответствующей терапии — общеукрепляющей и стимулирующей, при щадящем учебном режиме с учетом индивидуальных особенностей — дети становились целенаправленнее в занятиях и проявляли возможность более продуктивно усваивать учебный материал. В дальнейшем исчезала выраженная детскость поведения и свойственная ребенку двигательная расторможенность, хотя некоторая беспечность, несамостоятельность в действиях, внушаемость, ограниченность интересов оставались и при повторном обследовании в возрасте 11-12 лет.

## *2. Психический инфантилизм в форме стойкой интеллектуальной недостаточности*

Нарушение развития таких детей обусловлено рядом вредностей, перенесенных ребенком в раннем детстве (длительные истощающие заболевания, длительная асфиксия при родах, инфек-

ции, протекавшие с мозговыми явлениями). Патогенное влияние этих факторов сказывалось уже на раннем этапе развития детей: задерживались сроки развития моторных навыков, становление речи шло медленно, были выраженными аффективная возбудимость и двигательное беспокойство.

Отчетливо выявляется цереброастенический синдром. При интеллектуальной нагрузке, при шуме, в душном помещении возникают головные боли. Повышенная утомляемость сказывается либо в повышении суетливости, расторможенности, либо в появлении вялости и пассивности, вплоть до засыпания во время занятий. Относительно спокойные с утра, дети становятся возбужденными, расторможенными к вечеру, что также объясняется повышенной утомляемостью. У некоторых выявляются элементы назойливости, повышенное, с оттенком эйфории настроение, сочетающееся с раздражительностью и вспыльчивостью. Некоторым детям свойственны склонность к аффективным разрядам, неуживчивость, драчливость.

Интеллектуальная деятельность этих детей нарушена грубее, чем при 1-м варианте психофизического инфантилизма, с одной стороны, за счет выраженной двигательной расторможенности, отвлекаемости и утомляемости; с другой — из-за жалоб на снижение памяти. Особенности затруднения выявляются при целенаправленном запоминании ряда предложенных слов, имен окружающих.

Отмечается также относительно низкий уровень процессов обобщения и отвлечения. В конкретно-наглядном материале дети разбираются вполне удовлетворительно, но у них мал запас обобщающих терминов, они не могут объяснить значение отдельных отвлеченных понятий. Сравнение предметов на основе их сходства и различия вызывает большие затруднения, хотя при наводящих вопросах ответы улучшаются. При предъявлении серии последовательных картинок дети находят логическую связь только между теми картинками, которые наиболее близки к привычным для них ситуациям. Многие из этих детей не могут в период первого года обучения научиться считать отвлеченно.

В игровой деятельности и рисунках отмечается слабость творческой инициативы, воображения и фантазии; игры и рисунки однообразны и бедны по содержанию.

При повторном обследовании выяснилось, что, несмотря на пребывание в лечебном учреждении и проведенное соответствующее стимулирующее лечение, интеллектуальная деятельность этих детей не становится более продуктивной, в условиях массовой школы отсутствует продвижение в обучении. К 11-12 годам признаки перенесенного органического поражения головного мозга (головные боли, истощаемость, чрезмерная двигательная расторможенность) становятся менее выраженными. Уровень развития логических процессов не достигает возрастной нормы. Проявления инфантильности психики остаются стойкими. Отмечается отсутствие интереса к целенаправленной деятельности, несамостоятельность в действиях, внушаемость. Дети нуждаются в постоянной стимуляции со стороны педагога, так как не любят самостоятельно работать, отвлекаются на посторонние занятия, охотнее выполняют лишь то, что не требует напряжения в работе.

*Е.М.Мастюкова* на основе неврологического анализа у детей раннего возраста выделяет два типа задержки психического развития:

*1. Доброкачественная неспецифическая ЗПР*

Не связана с повреждением мозга и с возрастом компенсируется при благоприятных условиях внешней среды даже без каких-либо терапевтических мероприятий. Обусловлена замедленным темпом созревания мозговых структур и их функций при отсутствии органических изменений в ЦНС. Проявляется в некотором запаздывании становления двигательных и (или) психических функций, которое может выявиться на любом возрастном этапе, относительно быстро компенсируется и не сочетается с патологическими неврологическими и (или) психопатологическими симптомами. Легко поддается коррекции путем ранней стимуляции психомоторного развития.

Этот вариант ЗПР может проявляться как в виде общего, тотального отставания в развитии, так и в виде частных (отдельных, парциальных) задержек в становлении тех или иных нервно-психических функций, особенно часто это относится к отставанию в развитии речи.

Отставание в развитии тех или иных функций специфично для каждого возрастного этапа. Так, в период новорожденности у

такого ребенка длительное время не формируется четкий условный рефлекс на время. Малыш не просыпается, когда он голодный или мокрый, и не засыпает, когда сытый и сухой, все безусловные рефлексy у него ослаблены и вызываются после длительного латентного периода. У него ослаблена или не проявляется вовсе одна из главных сенсорных реакций этого возраста — зрительная фиксация или слуховое сосредоточение. Вместе с тем, в отличие от детей с поражением ЦНС, у него не проявляются признаки нарушения эмбрионального развития, нет также нарушений крика, сосания, асимметрии мышечного тонуса.

В возрасте 1-3 месяцев может отсутствовать или быть слабо выраженной тенденция к удлинению периода активного бодрствования, при этом улыбка при общении со взрослым отсутствует или проявляется непостоянно, зрительное и слуховое сосредоточение кратковременны, гуление отсутствует или наблюдаются лишь отдельные редкие звуки. Прогресс в его развитии начинает отчетливо намечаться к 3 месяцам жизни. К этому возрасту он начинает улыбаться и следить за движущимся предметом, однако все функции еще непостоянны и отличаются быстрой истощаемостью.

На всех последующих этапах ребенок в своем развитии проходит стадии, более характерные для предыдущего этапа. Однако задержка развития может проявиться на каждом возрастном этапе впервые. Так, ребенок 6 месяцев с этой формой ЗПР не дает дифференцированной реакции на знакомых и незнакомых, у него также может быть задержано развитие лепета, а в 9 месяцев — недостаточна активность в общении со взрослыми, он не подражает жестам, у него слабо развит игровой контакт, лепет отсутствует или слабо выражен, не проявляется интонационно-мелодическая имитация фразы, он может с трудом захватывать или не захватывать вовсе мелкие предметы двумя пальцами, недостаточно четко реагировать на словесную инструкцию. Замедленный темп моторного развития проявляется в том, что он может сидеть, но не садится самостоятельно, не делает попыток встать и т.п.

В 11-12 месяцев отсутствуют первые лепетные слова, слабая интонационная выразительность голосовых реакций и первых лепетных слов, нечеткость их соотнесения с предметом или действием. Ребенок стоит с поддержкой, но не ходит. Наблюдается слабость повторных действий и подражательных игр, недостаточно

уверенное манипулирование двумя руками, недостаточное захватывание предметов двумя пальцами.

К 3 годам — отставание в развитии речи, недостаточность игровой деятельности, отставание в развитии функции активного внимания, регулирующей функции речи (поведение ребенка слабо управляется инструкцией взрослого), недостаточная дифференцированность эмоциональных проявлений, общая психомоторная расторможенность. Возможно отставание в развитии моторных функций. При этом в первые месяцы жизни отстает темп нормализации мышечного тонуса, угасания безусловных рефлексов, становления выпрямляющих реакций и реакций равновесия, сенсорно-моторной координации, произвольной двигательной активности и особенно тонких дифференцированных движений пальцев рук.

Доброкачественная неспецифическая задержка развития может быть семейным признаком, она часто наблюдается у соматически ослабленных и недоношенных детей. Она также может иметь место при недостаточности раннего педагогического воздействия.

## *2. Специфическая или церебрально-органическая задержка развития*

Связана с изменениями структурной или функциональной деятельности мозга. Ее причиной могут быть нарушения внутриутробного развития мозга, гипоксия плода, асфиксия новорожденного, внутриутробные и постнатальные инфекционные и токсические воздействия, травмы, нарушения обмена веществ и др. У детей отмечаются заболевания НС, неврологические нарушения, признаки ММД (минимальной мозговой дисфункции).

Многим детям уже в первые годы жизни присуща двигательная расторможенность — гиперактивное поведение. Они крайне неусидчивы, постоянно находятся в движении, вся их деятельность нецеленаправленна, ни одно начатое дело они не могут довести до конца. Появление такого ребенка всегда вносит беспокойство, он бегает, суетится, ломает игрушки. Многие из них также отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, драчливостью, агрессивностью, импульсивным поведением. Большинство детей не способны к игровой деятельности, они не умеют ограни-

чивать свои желания, бурно реагируют на все запреты, отличаются упрямством.

Для многих детей характерна моторная неловкость, у них слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук. Поэтому они с трудом овладевают навыками самообслуживания, долго не могут научиться застегивать пуговицы, зашнуровать ботинки.

Исходя из синдромологического принципа, *М.С.Певзнер* выделяет 4 клинических варианта ЗПР:

*1. Психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте*

Это наиболее легкая форма ЗПР. В этом случае наблюдается замедленное формирование эмоционально-волевой регуляции, быстрая истощаемость, неравномерное действие памяти, внимания. Дети с этой формой ЗПР могут понять смысл доступной их возрасту сказки (рассказа), сюжетной картинки, могут в должной последовательности разложить серию картинок и составить по ним рассказ. Умеют использовать оказываемую им помощь.

В игре оживлены, инициативны, эмоционально заинтересованы. Могут выполнять лишь те задания, которые связаны с их непосредственными интересами и игрой. Задания, требующие сложных видов произвольной деятельности, непосильны. Заниматься не любят и не хотят.

Могут говорить с теми же особенностями артикуляции, что и нормальные дети более младшего возраста. Легкая задержка речи может быть преодолена.

При этом типе ЗПР инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с “детскостью” мимики, движений, преобладанием незрелых эмоциональных реакций в поведении.

Большинство нарушений могут быть преодолены. При отсутствии индивидуального подхода этот тип ЗПР может принять форму педагогической запущенности.

*2. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности*

Во время занятий дети вялые, апатичные, непродуктивные. Могут проявляться головные боли, повышенная утомляемость.

Наблюдается дефицит представлений о реальных действиях взрослых, которые могли бы быть перенесены в игровую ситуацию. Отсюда бедность и невыразительность игр и игровых действий. Игровое поведение в целом малоэмоционально, часто не соотносимо с задачей в целом. Ярко выражена зависимость от предметных условий деятельности. В этом случае более других страдает функция контроля за психической деятельностью. Так как из числа познавательных процессов функция контроля закреплена за вниманием, рекомендуется поместить его (внимание) в центр коррекционных воздействий.

На первом этапе организуется целенаправленный и систематический внешний контроль за каким-либо видом деятельности. Постепенно, по мере освоения этой деятельности, внешний контроль переводится в контроль внутренний, который и есть внимание. Для того, чтобы это случилось, необходимо последовательно, в удобном для ребенка темпе делегировать ему управление отдельных элементов своей и чужой деятельности, добиваясь почти автоматического выполнения контролирующей функции. Со временем контроль деятельности должен быть заменен контролем результата. При этом отношения педагога с ребенком необходимо выстраивать таким образом, чтобы постоянно побуждать привычку быть внимательным.

### *3. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями*

Черты этого типа инфантилизма часто сочетаются с раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательным беспокойством, неусидчивостью. Возможно проявление противоположных тенденций — вялости, пассивности, но это всегда острее, чем в норме. Могут наблюдаться соматовегетативные реакции (тошнота, обмороки, головные боли и др.).

### *4. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции*

Дети с такой формой ЗПР испытывают трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций. Плохо понимают

содержание рассказа со скрытым смыслом, вообще затруднен процесс восприятия и осмысления содержания рассказов, сказок. Словарный запас ограничен. Редко употребляют прилагательные, наречия. Период детского словотворчества возникает позже, чем в норме, и продолжается до 7-8 лет. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, даже если ему понятна ситуация или рассказ. В этом случае он может правильно ответить на вопросы педагога. Отмечается слабость словесной регуляции действий.

В 3-м и 4-м вариантах ЗПР страдает и контроль, и программирование деятельности. Это обуславливает низкий уровень овладения всеми видами деятельности: предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, учебной, речевой. Рекомендуются: для развития всех форм опосредствования использовать реальные предметы и предметы-заместители, наглядные модели, учить сопровождать свои действия речью, подводить итог выполненной работе. На более поздних этапах — составлять инструкции для себя и других (т.е. обучать действиям планирования).

В практике работы с детьми с ЗПР более широко используется классификация *К.С.Лебединской*, разработанная на основе этиопатогенетического подхода:

### *1.Задержка психического развития конституционального происхождения*

Это вариант гармонического психического и психофизического инфантилизма (по определению Лоренса и Ласега, цит. по Г.Е.Сухаревой,1965). 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, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Такие дети проявляют творчество в игре, эта деятельность для них наиболее привлекательна, они в ней неумоимы, в отличие от учебной деятельности. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе школьную адаптацию. В первом классе у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную дея-

тельность (на занятиях они предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу.

Нередки случаи аналогичного соматопсихического инфантилизма в семье; непатологический уровень психических особенностей свидетельствует о преимущественно конституциональном генезе этой формы ЗПР. Однако такая “инфантильная” конституция может быть сформирована и в результате негрубых, большей частью обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни (К.С.Лебединская, 1980; и др.).

### *2. ЗПР 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, недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем мире. Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью не позволяет ребенку достичь уровня возрастного развития.

### *3. ЗПР 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 психогенная ЗПР проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевым усилиям, к труду.

В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко происходит невротическое развитие личности. У одних детей при этом наблю-

даются 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.

#### *4. ЗПР церебрально-органического генеза*

Эта форма ЗПР является наиболее стойкой и тяжелой. Она обязательно предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, физическую незрелость. Часто это состояние, пограничное с умственной отсталостью, что определяется органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза. Пойдет ли речь об олигофрении либо только о замедлении темпа психического созревания — будет зависеть в первую очередь от массивности поражения. Другим фактором является время поражения. ЗПР значительно чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. Тем не менее Л.Тарнополь (1971) и др. предполагают и возможность генетической этиологии.

Признаки замедления темпа созревания обнаруживаются очень рано и касаются почти всех сфер. Так, по данным И.Ф.Марковской (1983), обследовавшей 100 учеников младших классов специальной школы для детей с ЗПР,

-замедление темпа физического развития наблюдалось у 32% детей,

-задержка в становлении локомоторных функций — у 69%,

-задержка развития речи — у 63%,

-длительная задержка формирования навыков опрятности (энурез) — у 36% детей.

В случаях возникновения ЗПР в связи с постнатальными вредностями (инфекции, интоксикации, травмы), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость.

В неврологическом состоянии этих детей часто встречаются признаки гидроцефалии, нарушения черепно-мозговой иннерва-

ции, явления стертого гемисиндрома, выраженной вегетососудистой дистонии. За рубежом патогенез этой формы ЗПР связывается с “минимальным повреждением мозга” (А.Штраус и Л.Летинен, 1947), “минимальной мозговой дисфункцией” — ММД (Р.Пейн, 1968). Эти термины подчеркивают невыраженность, определенную функциональность и в то же время неспецифичность церебральных нарушений.

Внимание таких детей неустойчиво, его трудно собрать, сконцентрировать. Целенаправленность деятельности почти полностью отсутствует. Дети импульсивны, часто отвлекаются. Возможно застревание, при котором ребенку трудно переключиться с одного объекта на другой.

Ориентировочно-исследовательская деятельность имеет низкий уровень развития: ребенок не умеет обследовать предмет, не проявляет выраженной ориентировочной активности, долгое время прибегает к практическим способам ориентировки в свойствах предметов (ощупывает, бросает, кусает и т.п.). В отличие от умственно отсталых детей, эти дети испытывают меньше трудностей в практическом различении свойств предметов, но их непосредственный опыт долго не закрепляется и не обобщается в слове. Поэтому ребенок может правильно выполнять инструкцию “Дай красный карандаш”, но самостоятельно назвать признак затрудняется.

Такие дети часто не выделяют и не обозначают отдельные параметры величины (длину, ширину, высоту, толщину). Затруднен процесс анализирующего восприятия: дети не могут выделить основные элементы предмета, их пространственное соотношение, мелкие детали. Все это говорит о замедленном темпе формирования целостного образа предмета, а это, в свою очередь, отражается на изобразительной деятельности. Затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

Ограничен объем памяти, снижена прочность запоминания. Неточность воспроизведения сочетается с быстрой утерей информации. Сильнее других страдает речевая память.

Своеобразие мыслительной деятельности проявляется уже на уровне наглядно-образного мышления. Затруднено формирование сложных систем из образов-представлений. Дети с этой формой ЗПР испытывают трудности в создании целого из частей и

выделении частей из целого, в пространственном оперировании образами. Способность к творчеству низкая. Формирование мыслительных операций (анализ, сравнение, обобщение, синтез, абстрагирование) происходит очень медленно.

И все же клиницисты (Г.Е.Сухарева,1959; К.С.Лебединская,1975; И.Ф.Марковская,1977; В.В.Ковалев,1979 и др.) подчеркивают иную иерархию структуры нарушений познавательной деятельности детей с ЗПР, чем при олигофрении: наибольшую недостаточность не мышления как такового (способности к отвлечению и обобщению), а дефицитарность “предпосылок” мышления (К.Ясперс,1963): памяти, внимания, пространственного гнозиса, других высших корковых функций, темпа, переключаемости психических процессов и т.д.

*Вопросы для самопроверки:*

1. Перечислите основные психологические признаки “задержки психического развития”
2. Как соотносятся понятия “задержка психического развития”, “задержанное развитие”, “психофизический инфантилизм”, “смешанное специфическое расстройство”?
3. Каковы наиболее распространенные причины задержки психического развития у детей?
4. Какие факторы влияют на тяжесть задержки психического развития?
5. Существуют ли отличия структуры нарушений познавательной деятельности детей с задержкой психического развития от аналогичной структуры при олигофрении? В чем они проявляются?

## **ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Существуют такие особенности детей с ЗПР, которые отмечаются большинством исследователей вне зависимости от их научной специализации и теоретических предпочтений. В нашей работе они обозначены как “общие признаки ЗПР” исключительно из соображений удобства.

### *Анатомо-физиологические проявления ЗПР*

Первые симптомы ЗПР могут иметь вид соматовегетативной реакции на различные вредности в возрасте от 0 до 3 лет (В.В.Ковалев,1979). Для этого уровня реагирования характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами (могут присутствовать рвота, колебания температуры, отсутствие аппетита, вздутие живота, потливость и др.). Данный уровень реагирования является ведущим в этом возрасте вследствие уже достаточной зрелости сомато-вегетативной системы.

Возрасту от 4 до 10 лет свойственен психомоторный уровень реагирования на вредности. Он включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание. Данный уровень патологического реагирования обусловлен наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора.

Дети с ЗПР часто имеют малый рост и вес. По физическим особенностям напоминают детей более младшего возраста. В 40% случаев нет патологических знаков либо наблюдаются легкие неврологические нарушения.

Моторика в большинстве случаев достаточна. Движения координированные, ловкие, четкие. Дети хорошо выполняют движения в воображаемой игровой ситуации. Недоразвиты лишь наиболее сложные произвольные движения.

ЗПР легких форм (эмоциональная незрелость и/или длительно текущие астенические состояния) имеет первичное нарушение познавательной деятельности, связанное с дефицитностью отдельных корковых функций. Вообще ЗПР характеризуется

нарушением темпа созревания какой-либо одной системы. Возможен замедленный темп созревания лобной области и ее связей с другими отделами коры и подкорки. Симптомы, указывающие на незрелость лобной коры (наиболее резко проявляются в школьном возрасте): снижение критичности, недоучет важных характеристик ситуации, отсутствие выраженного отношения к оценке себя другими людьми (равнодушные), незрелость моторики и др. Как правило, эти симптомы носят временный и обратимый характер.

Нейропсихологическое исследование детей с ЗПР (Л.М.Шипицына, О.В.Заширинская) показало увеличение, по сравнению с детьми с нормальным темпом развития, случаев усиления функциональной активности правого полушария мозга, выявляемой в доминировании или нивелировании различий полушарий. Результаты этих исследований представлены в таблице:

*Показатели функциональной асимметрии мозга, %  
(Л.М.Шипицына, О.В.Заширинская, 1995)*

Доминирование полушарий	Здоровые дети	Дети “группы риска”	ЗПР	Умственно отсталые
Левое полушарие	78,6	62,5	53,7	39,7
Правое полушарие	7,1	6,2	10,7	52,2
Нивелирование различий	14,3	31,3	35,6	8,7

Л.М.Шипицына считает, что эти данные в сочетании с признаками снижения произвольного зрительного запоминания и объема слухоречевой памяти у детей с ЗПР могут быть интерпретированы с позиций нейропсихологии как наличие у половины детей выраженных изменений в функциональной активности нижнетеменной ассоциативной области левого полушария, отвечающего за хранение, понимание смысла вербальных сигналов, а также дисфункции у 21,1% детей с ЗПР лимбико-ретикулярного комплекса, ответственного, как известно из литературы, за эмоциональную окраску запоминаемой информации. А тот факт, что усложнение заданий приводит к увеличению количества ошибок и времени выполнения, снижению темпа выполнения, концентрации внимания и работоспособности, свидетельствует, по мнению

Л.М.Шипицыной, о недостаточном развитии функций лобных ассоциативных структур мозга.

Л.И.Переслени указывает на недоразвитие лобных областей коры как на один из ведущих патогенетических факторов, обуславливающих возникновение ЗПР. Недостаточность регулирующих влияний со стороны лобных отделов коры на ретикулярные структуры различных подкорковых образований в сочетании с нарушением баланса возбuditельно-тормозных соотношений может обуславливать нарушения процесса преднастройки, которыми характеризуются дети с ЗПР и олигофренией. В процессе онтогенетического развития под влиянием корригирующих воздействий повышается регулирующая роль лобных областей коры. На поведенческом уровне это выглядит как увеличение точности и скорости перцептивных операций, сопровождающееся стабилизацией различных психофизиологических переменных.

Высшая нервная деятельность (ВНД) детей с ЗПР характеризуется большей, чем у олигофренов, силой основных нервных процессов (возбуждения, торможения), большей подвижностью и менее выраженной склонностью процесса возбуждения к широкой иррадиации. Из этих количественных характеристик следует более тесное взаимодействие 1-й и 2-й сигнальных систем и отсутствие разрыва между ними. Это означает невозможность выработки связей без их адекватной вербализации, т.к. словесная система непрерывно контролирует выработку этих связей.

#### *Особенности ВНИМАНИЯ детей с ЗПР*

Внимание неустойчиво, с периодическими колебаниями и неравномерной работоспособностью. Трудно собрать, сконцентрировать внимание детей и удержать на протяжении той или иной деятельности. Очевидна недостаточная целенаправленность деятельности, дети действуют импульсивно, часто отвлекаются. При сравнительном изучении устойчивости внимания в норме, при ЗПР и олигофрении (с помощью адаптированного варианта теста Ш.Н.Чхартишвили) оказалось, что у 69% детей с ЗПР младшего школьного возраста средний процент отвлечений больше, чем в норме. При олигофрении отмечается еще более высокая отвлекаемость по сравнению с нормой и ЗПР (Л.И.Переслени, 1984). Могут наблюдаться и проявления инертности. В этом случае ребенок с

трудом переключается с одного задания на другое. В старшем дошкольном возрасте недостаточно развита способность к произвольной регуляции поведения, что затрудняет выполнение заданий учебного типа (Н.Ю.Борякова, 2000). С трудом планируют и выполняют сложные двигательные программы.

Для многих детей характерен ограниченный объем внимания, его фрагментарность, когда ребенок в определенной обстановке воспринимает лишь отдельные части предъявляемой ему информации. Эти нарушения внимания могут задерживать процесс формирования понятий. Наблюдаются нарушения избирательного внимания.

Часто наблюдается недостаточность концентрации внимания, особенно на существенных признаках. В этом случае могут страдать отдельные мыслительные операции.

Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности.

Дети с ЗПР учитывают вероятность появления дифференцировочного сигнала, что свидетельствует об участии в выработке нервных связей высших форм анализа (М.С.Певзнер, 1995).

В 1987 году Американская психиатрическая Ассоциация определила критерии ранней диагностики нарушений внимания и гиперактивного поведения у детей по следующим основным признакам:

- излишняя двигательная активность: ребенок производит множество движений ногами, руками или вертится на месте;
- не может длительное время сидеть спокойно по инструкции взрослого;
- легко выводится из равновесия внешними стимулами;
- нетерпелив и легко возбудим в играх со сверстниками, особенно испытывает трудности в ожидании своей очереди в игре;
- часто начинает отвечать на вопросы, недослушав их до конца ;
- с трудом подчиняется инструкции при отсутствии при этом негативизма;
- с трудом сохраняет внимание при выполнении игровых заданий;
- “не умеет “ играть и говорить тихо;

- часто прерывает других или вторгается в игры других детей.

По данным Г.И.Жаренковой, снижение устойчивости внимания у детей с ЗПР может носить разный характер: максимальное напряжение внимания в начале выполнения задания и последующее его снижение; сосредоточение внимания после некоторого периода работы; периодические смены напряжения и спада внимания на протяжении всей работы.

Среди причин, обуславливающих нарушения внимания, трудности поведения и проявления дислексии и дисграфии, большое место отводится как остаточным проявлениям органического поражения ЦНС — легкой мозговой дисфункции (ЛМД), так и генетическим факторам (Е.М.Мастюкова, 1997)

По мнению Л.И.Переслени, при обучении детей с ЗПР особое внимание следует уделять многократному повторению пройденного. Это может способствовать фиксации недостаточности процессов консолидации следов. В то же время нарушения избирательного внимания при ЗПР требуют использования разнообразных способов предъявления одной и той же информации. Важны любые методические приемы, привлекающие внимание к новой информации и повышающие его устойчивость. Большое значение приобретает увеличение общего количества информации, воспринятой ребенком в онтогенезе, особенно в сензитивный период, так как это способствует развитию корково-подкорково-корковых связей. Увеличение количества информации, поступающей через зрительный, слуховой и кожный анализаторы на ранних этапах развития, — основа дифференцированного восприятия, более тонкого и быстрого распознавания реальных событий, более адекватного поведения (Л.И.Переслени, 1984)

### *Проявления ЗПР в познавательной сфере Особенности ВОСПРИЯТИЯ*

Снижена скорость выполнения перцептивных операций. Нужно много времени для приема и переработки информации, особенно в сложных условиях: например, если то, что ребенку говорят (речевой раздражитель), имеет одновременно и смысловую и эмоциональную значимость. Л.И.Переслени изучала влияние

иррелевантных воздействий на восприятие сенсорной информации детьми с нормальным уровнем развития, ЗПР и умственной отсталостью. В ходе эксперимента регистрировалось время реакции на два сигнала, поступающие в случайной последовательности на правую и левую руку. В 1-й серии одновременно с поступлением сигналов на наушники подавался индифферентный шум, во 2-й — музыка, в 3-й — детская сказка. В каждой серии предъявлялось по 50 сигналов. У детей 8 лет с нормальным развитием ни шум, ни музыка не вызвали существенного увеличения времени реакции. Только прослушивание сказки несколько изменило это время. Время реакции детей с ЗПР увеличивалось уже под воздействием музыки, прослушивание сказки дало еще большее увеличение. Максимальное увеличение времени реакции наблюдалось у детей с умственной отсталостью. Эти данные приводятся в следующей таблице.

*Влияние акустических иррелевантных воздействий на время реакции детей 8 лет, мс (Л.И.Переслени, 1984)*

	Число испытуемых	Число измерений	Время реакции (среднее) в условиях: (мс)		
			шума	прослушивания музыки	прослушивания сказки
Норма	12	2135	388	390	418
ЗПР	14	1889	481	503	585
Умственно-отсталые	10	1355	477	525	645

Всем детям без исключения сказка была знакома. При этом дети с нормальным уровнем развития проявляли живой интерес к ней, выражали желание дослушать ее до конца после окончания опыта. Дети с ЗПР были более пассивны, не проявляли интереса. У детей с умственной отсталостью также не возникало интереса к прослушиванию сказки, более того, одна испытуемая даже просила выключить магнитофон. Показательно также распределение ошибочных реакций и пропусков сигналов:

	Количество ошибочных реакций и пропусков сигналов в условиях:		
	шума	прослушивания музыки	прослушивания сказки
Норма	-	-	2
ЗПР	-	-	6
Умственно отсталые	-	-	20

Л.И.Переслени отмечает, что два умственно отсталых ученика к концу эксперимента вообще перестали реагировать на сенсорные сигналы. Таким образом, на фоне эмоционально окрашенных речевых воздействий у детей с ЗПР замедляется время реакции, снижается точность выполнения заданий по инструкции, увеличивается количество ошибочных реакций. Полученные данные указывают также на тенденцию снижения скорости и избирательности восприятия в процессе деятельности.

Важным фактором, влияющим на успешность “прочтения” сигнала, является наличие ожидания, обеспечивающего так называемую “преднастройку”. Для нормально развивающихся детей характерен высокий уровень развития процесса вероятностного прогнозирования. “Подстораживание” более частого сигнала приводит к тому, что время реакции на него уменьшается. Почти у 100% детей в норме реакция “подстораживания” сформировалась уже к середине первой серии эксперимента. Для детей с ЗПР эта тенденция также может быть характерна, но различия между временем реакции на частый и редкий сигналы не столь значимы. И все же в 70% случаев дети с ЗПР сумели правильно оценить экспериментальную ситуацию и сформировали реакцию “подстораживания”. У детей с умственной отсталостью различий времени реакции на частый и редкий сигналы почти нет. А реакция “подстораживания” наблюдалась только у 37% детей. Л.И.Переслени делает следующий вывод — дети с ЗПР и УО тем меньше ожидают появления другого сигнала, чем больше одинаковых раздражителей подается подряд. Важной характеристикой восприятия Л.И.Переслени считает уровень стабильности регистрируемых показателей: обнаружено, что и дети-олигофрены, и дети с ЗПР отличаются высокой вариабельностью времени реакции на сигнала.

лы, многократно предъявляемые в опыте. Однако, если у детей с ЗПР эта вариабельность значительно уменьшается с возрастом, в старшем школьном возрасте приближаясь к значениям, присущим норме, то у детей с УО вариабельность времени реакции остается высокой и в старшем школьном возрасте. По мнению Л.И.Переслени, полученные данные подтверждают, что одной из причин замедления восприятия при аномалиях развития является нарушение избирательного внимания (Л.И.Переслени, 1984)

Ориентировочно-исследовательская деятельность детей с ЗПР в целом имеет более низкий, по сравнению с нормой, уровень развития: дети не умеют обследовать предмет, не проявляют выраженной ориентировочной активности, длительное время прибегают к практическим способам ориентировки в свойствах предметов. В отличие от УО детей, дошкольники с ЗПР не испытывают трудностей в практическом различении свойств предметов, однако их сенсорный опыт долго не закрепляется и не обобщается в слове. Поэтому ребенок может правильно выполнить инструкцию, содержащую словесное обозначение признака (“дай красный карандаш”), но самостоятельно назвать цвет показанного карандаша затрудняется.

М.С.Певзнер исследовала зрительные восприятия у детей с нарушением темпа развития. Из 140 обследованных только у 30 детей обнаружилось отклонения в виде некоторой фрагментарности и легких затруднений при восприятии перечеркнутых и врисованных фигур. То же отмечалось и в отношении пространственных синтезов. Лишь у 20 детей из 140 обнаружилось затруднения при выполнении отдельных заданий на пространственный синтез.

Особые трудности дети испытывают при овладении представлениями о величине, не выделяют и не обозначают отдельные параметры величины (длина, ширина, высота, толщина). Затруднен процесс анализирующего восприятия: дети не умеют выделить основные структурные элементы предмета, их пространственное соотношение, мелкие детали. Сходные свойства предметов часто воспринимаются как одинаковые. В связи с недостаточностью интегральной деятельности мозга дети затрудняются в узнавании непривычно представленных предметов и изображений, им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый смысловой образ. Можно говорить о замедленном темпе формирования целостного

образа предмета, что находит отражение в проблемах, связанных с изодейтельностью.

Ориентировка в направлениях пространства осуществляется на уровне практических действий. Труден пространственный анализ и синтез ситуации. Затруднено восприятие перевернутых изображений.

Со стороны слухового восприятия нет грубых расстройств. Дети могут испытывать некоторые затруднения при ориентировке в речевых звучаниях, но главным образом страдают фонематические процессы. У таких детей часто наблюдается неполноценность тонких форм зрительного и слухового восприятия.

Указанные недостатки ориентировочно-исследовательской деятельности касаются и тактильно-двигательного восприятия, которое обогащает чувственный опыт ребенка и позволяет ему получить сведения о таких свойствах предметов, как температура, фактура материала, некоторые свойства поверхности, форма, величина. Затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

Замедлен процесс формирования межанализаторных связей, которые лежат в основе сложных видов деятельности. Отмечаются недостатки зрительно-моторной, слухо-зрительно-моторной координации. В дальнейшем эти недостатки препятствуют овладению чтением, письмом. Недостаточность межсенсорного взаимодействия проявляется в несформированности чувства ритма, трудностях в формировании пространственных ориентировок. Ребенок испытывает затруднения при воспроизведении ритма, воспринимаемого на слух, а также графически или моторно.

Эти специфические нарушения восприятия у детей с ЗПР определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире. Кроме того, одной из основных особенностей таких детей является недостаточность образования связей между отдельными перцептивными и двигательными функциями.

### *Особенности ПАМЯТИ*

Память детей с ЗПР также отличается качественным своеобразием, при этом выраженность дефекта зависит от генеза задержки психического развития. 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. При правильном подходе к обучению дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания (Н.Ю.Борякова, 2000).

Л.М.Шипицына и О.В.Заширина в результате комплексного психолого-педагогического и нейропсихологического обследования детей с ЗПР обнаружили следующие тенденции: снижено количество запоминаемых предметов, предъявляемых как при произвольном, так и при произвольном запоминании; произвольное зрительное запоминание снижено в большей степени, чем произвольное зрительное; снижен объем слухоречевой памяти; у детей с ЗПР в 3 раза реже, чем у здоровых детей, “кривые заучивания” соответствуют норме. Кривая заучивания указывает на зависимость эффективности запоминания от количества повторений. В норме наблюдается прямая зависимость — чем больше повторений, тем лучше результат. Ригидный тип кривой свидетельствует об очень медленном запоминании, требующем значительно большего количества повторений для достижения того же результата. Кривая истощающегося типа указывает на обратную зависимость — чем больше повторений, тем хуже результат. Кривая типа “Плато” обычно свойственна умственно отсталым детям и указывает на отсутствие зависимости успешности запоминания от количества повторений; она имеет вид почти ровной прямой, параллельной горизонтальной оси. Л.М.Шипицына отмечает, что более чем у половины детей с ЗПР кривые заучивания соответствуют ригидному типу, а у одной пятой части детей — истощающемуся типу. Эти данные представлены в следующих таблицах:

*Средние значения объема зрительной памяти при разных типах запоминания (1995)*

Группы детей	Типы запоминания	
	произвольное	непроизвольное
Здоровые дети	4,4 - 6,8	2,5 - 3,7
Дети “группы риска”	2,9 - 6,9	2,5 - 4,1
Дети с ЗПР	1,5 - 6,1	1,3 - 3,7

*Типы “кривых заучивания” в разных группах детей, % (1995)*

Типы кривых заучивания	Здоровые дети	Дети группы риска	Дети с ЗПР	Умственно отсталые дети
Норма	81,8	62,5	26,3	8,7
Ригидные	18,2	31,3	52,6	29,0
Истощающиеся	-	6,3	21,1	34,8
“Плато”	-	-	-	27,3

Исследователи особенностей мнемической деятельности детей с ЗПР отмечают:

- повышенную тормозимость мнемических следов под воздействием помех, их взаимовлияние друг на друга,
- сниженный объем памяти,
- низкую скорость запоминания,
- низкую продуктивность первых попыток механического запоминания при том, что время полного заучивания близко к норме,
- произвольное запоминание менее продуктивно, чем в норме, но более продуктивно, чем произвольное,
- снижены продуктивность и устойчивость произвольного запоминания, особенно в условиях значительной нагрузки,
- недостаточное умение применять специальные приемы запоминания. Основные трудности встречаются на этапе использования логических операций (смысловое соотнесение, классификация) в качестве приемов мнемической деятельности,
- дети с ЗПР до 4 класса (9-10лет) преимущественно пользуются механическим заучиванием, в то время как в норме в 8-9 лет осуществляется интенсивный переход к произвольному опосредствованному запоминанию.

Диагностично опосредствованное запоминание (экспериментатор называет слова; ребенок к каждому слову подбирает картинку; затем, глядя на картинки, ребенок должен воспроизвести слова). Дети с ЗПР подбирают те же картинки, что и их нормальные сверстники. Однако воспроизведение слов на основе картинок

осуществляется намного хуже. Это свидетельствует о том, что основные трудности заключаются в продуктивном использовании интеллектуальных приемов. Результаты исследований (В.Л.Подобед, Н.Г.Лутонян, Т.В.Егорова) показывают, что владение операциями классификации и установления смысловых связей еще не гарантирует их успешного использования этими детьми в качестве приемов запоминания. Для сравнения — УО дети в том же эксперименте не могут логично подобрать картинку и воспроизвести по ней слово.

### *Особенности МЫШЛЕНИЯ и РЕЧИ*

Отставание в развитии мыслительной деятельности отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, когда возникают трудности в формировании сферы образов-представлений, то есть если наглядно-действенное мышление ребенка с ЗПР приближено к норме, наглядно-образное ей уже не соответствует. Исследователи подчеркивают сложность создания целого из частей и выделения частей из целого, трудности в пространственном оперировании образами, т.к. образы-представления недостаточно подвижны. Например, при складывании сложных геометрических фигур и узоров эти дети не могут осуществить полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое. Однако относительно простые узоры выполняют правильно (в отличие от УО), так как установление подобия и тождества между простыми формами не представляется трудным для детей с ЗПР. Успешность решения таких задач зависит не только от числа элементов в образце, но и от их взаимного расположения. Некоторые затруднения вызывают задания, в которых отсутствует наглядный образец. Очевидно, не только опора на представление, но и само мысленное воссоздание образа заданного объекта составляют трудность для этих детей. Об этом же свидетельствуют исследования Т.В.Егоровой, показавшие, что успешность выполнения заданий по образцу зависит от того, соответствует ли образец складываемому изображению по размеру, обозначены ли на нем части, из которых он составляется. У 25% этих детей процесс решения наглядно-практических задач протекает как бессистемное и неупорядочен-

ное манипулирование отдельными элементами складываемого объекта.

Они с трудом понимают логико-грамматические структуры, выражающие пространственные отношения, им сложно дать словесный отчет при выполнении заданий на осознание этих отношений.

Таким образом, можно констатировать недостаточную сформированность аналитико-синтетической деятельности во всех видах мышления: детям трудно вычленить составные части многоэлементной фигуры, установить особенности их расположения, они не учитывают малозаметные детали, затруднено синтезирование, т.е. мысленное объединение определенных свойств объекта. Анализ характеризуется непланомерностью, недостаточной тонкостью, односторонностью. Несформированность антиципирующего анализа обуславливает неумение предвидеть результаты своих действий. В связи с этим особые трудности вызывают задания на установление причинно-следственных связей и построение программы событий.

Характер мыслительной деятельности — репродуктивный, снижены способности к творческому созданию новых образов. Замедлен процесс формирования мыслительных операций. К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР не формируется соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления: они не выделяют существенных признаков при обобщении, обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам. Сами обобщения расплывчаты, слабо дифференцированы. 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”. Могут правильно сгруппировать предметы по родовой принадлежности, но не могут обозначить группу словом, объяснить принцип классификации. Вообще, задания на классификацию выполняются на уровне речевого наглядно-образного мышления, а не конкретно-понятийного (как это должно быть в старшем дошкольном возрасте). Показателен следующий факт. При выполнении заданий “Четвертый лишний” расширение объема конкретного материала всегда приводит к воспроизведению большего числа общих понятий. Так, введение добавочных предметов (не “Четвер-

тый лишний”, а “Шестой лишний”) помогает им правильно выделить предмет и объяснить принцип, по которому происходит такое выделение.

Наиболее доступны задания на аналогии, при выполнении которых дети могут опереться на образец или на свой житейский опыт. Даже сложные словесно сформулированные задачи из житейского опыта решаются лучше, чем простые, но незнакомые задания, хотя запас конкретных знаний беднее, чем в норме. При этом преобладают не обобщенные, а разрозненные знания, связанные в основном с конкретной ситуацией.

Затрудняются при сравнении предметов, производя сравнение по случайным признакам, при этом затрудняются 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, в отличие от умственно отсталых детей, дошкольники с ЗПР после получения помощи выполняют предложенные задания на более высоком, близком к норме уровне. Усваивают принцип решения задачи и переносят его на сходные задачи.

К 7 годам дети с ЗПР могут:

- классифицировать предметы по наглядным признакам (цвет, форма);
- с трудом выделяют материал и величину как общие признаки;
- затрудняются в абстрагировании одного признака и сознательном его противопоставлении другим;
- им трудно переключиться с одного принципа классификации на другой;
- им малодоступно осуществление логического вывода из двух предложенных посылок;
- испытывают трудности в тех случаях, когда требуется продуктивно использовать интеллектуальный прием.

Эффективным диагностическим методом является методика “Последовательные картинки”. Задание должно быть основано на наглядном материале, требовать анализа основных элементов, установления взаимосвязей и причинно-следственных отношений.

Варианты нарушений мышления:

1. При относительно высоком уровне развития наглядно-практического мышления отстает словесно-логическое.

2. Недоразвиты оба вида мышления.

3. Словесно-логическое приближается к норме, но крайне низок уровень развития наглядно-практического (встречается редко).

Незрелость функционального состояния ЦНС (слабость процессов возбуждения и торможения, затруднения в образовании сложных условных связей, отставание в формировании систем межанализаторных связей) обуславливает специфику нарушений **речи** детей с ЗПР, которые преимущественно имеют системный характер и входят в структуру дефекта.

Выделяют *общее недоразвитие речи*, под которым в отечественной логопедии понимается особая форма аномального речевого развития; при нем нарушено формирование всех компонентов речевой системы: фонетической и лексико-грамматической - при отсутствии умственной отсталости и дефектов слуха. При общем недоразвитии речи большая роль в общении ребенка с окружающими принадлежит интонациям и жестам.

Кроме общего недоразвития речи выделяют *задержку* речи, при которой обычно не предполагаются выраженные морфологические изменения в ЦНС. Нарушения часто имеют обратимый нейродинамический характер. Это может быть результатом различных патологических состояний у детей, перенесших нетяжелую родовую травму или истощение в результате соматических заболеваний в первые месяцы и годы жизни, а также неблагоприятных условий окружения и воспитания (глухонемого родителей, нарушения речи близких окружающих, двуязычие и т.д.).

Весь ход речевого развития (как спонтанного, так и корригируемого логопедическими мероприятиями) у детей с задержкой речи качественно отличается от речи детей при общем ее недоразвитии. Особенно это касается формирования лексико-грамматической системы языка.

Развитие речи при задержке отличается от нормального только по своим темпам, переход от одной стадии речевого развития к другой чаще происходит, как и при нормальном речевом развитии, скачкообразно. Поэтому с каждым годом такой ребенок все больше и больше догоняет своих здоровых сверстников и при

раннем начале логопедических занятий к началу школьного возраста может полностью преодолеть свою речевую недостаточность.

Многим детям с ЗПР присущи недостатки звукопроизношения и фонематического развития. Много детей с дизартрией. В артикуляционной моторике имеет место недостаточность тонких и дифференцированных движений. Некоторые дети затрудняются в восприятии на слух сходных по звучанию фонем, в результате чего недостаточно понимают обращенную речь. В то же время они лучше и быстрее олигофренов усваивают правильную артикуляцию звуков. Специальные исследования звуковой речи детей с ЗПР показали, что для них наиболее доступным является выделение ударного гласного звука, стоящего в начале слова, и конечного согласного. Наиболее распространенная ошибка — выделение слога вместо звука при вычленении начального согласного (например, в слове *мак* ребенок выделяет *ма* вместо звука {м}). У нормально развивающихся детей на определенном этапе их развития также наблюдаются подобные ошибки. Однако у детей с ЗПР они являются стойкими, и требуется специальная коррекционная работа для их преодоления. Исследование Е.В.Мальцевой также показало, что ребенок легче выделяет отдельный гласный звук в словах, где он составляет отдельный слог (*аист*). Согласный звук в начале слова наиболее легко выделяется в словах, где он занимает обособленное положение, например в слове *слон*. Было обнаружено, что дети с ЗПР, даже владея приемами выделения звука из состава слова, самостоятельно ими не пользуются.

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 содержания рассказов, сказок, текстов для пересказа.

Дети с ЗПР имеют ограниченный словарный запас, пассивный словарь резко преобладает над активным (у нормально развивающихся детей такое расхождение значительно меньше). Ограничен запас слов, которые обозначают и конкретизируют обобщенные понятия, раскрывают их во всей полноте и многообразии. В их

речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужено употребление глаголов. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества и продолжается до 7-8 лет. К концу дошкольного возраста, когда у нормально развивающихся детей неологизмы наблюдаются довольно редко, у детей с ЗПР происходит “взрыв” словотворчества. При этом употребление неологизмов отличается рядом особенностей: в речи встречается несколько вариантов одного и того же слова, слово-неологизм определяется как правильное и др. (для сравнения, у умственно отсталых детей на протяжении всего дошкольного возраста не наблюдается периода детского словотворчества; отдельные неологизмы встречаются только в конце младшего школьного возраста). Особенности словообразования у детей с ЗПР обусловлены более поздним, чем в норме, формированием обобщенных словесных классов и ярко выраженными трудностями в их дифференциации. У умственно отсталых детей основные трудности приходятся на формирование обобщенных словесных классов (этот факт важен в плане дифференциальной диагностики ЗПР и УО). Понятия детей с ЗПР, формирующиеся стихийно, бедны по содержанию, зачастую неадекватно осмысливаются. Отсутствует иерархия понятий. Могут отмечаться вторичные трудности в формировании обобщенного мышления.

Е.С.Слепович исследовала процессы формирования словаря и словообразовательных процессов у детей с ЗПР. В частности, она изучала особенности овладения такими детьми именем прилагательным. Сознательное оперирование этой частью речи требует относительно высокого уровня анализа, синтеза, сравнения, обобщения. Результаты можно представить в виде таблицы:

*Употребление прилагательных дошкольниками*

	норма	зпр	умственная отсталость
Описание на основе восприятия	3,2	2,3	1,9
Определялись часто:	цвет, оттенки, величина, форма, материал	цвет, величина, форма оценочные	—

Определялись редко: Не выделялись:		прилагательные материал	
Описание изображений: Определялись часто:	3,4 цвет, оттенки, величина и форма (10 видов)	2,2 цвет, оттенки (6 видов), величина и форма (5 видов), оценки (8 видов).	1,9
Описание по представлению:	4,1 прилагательных на одно описание	3,0	1,9.

Е.С.Слепович отмечает, что ощупывание предметов нормально развивающимися детьми способствовало увеличению прилагательных, используемых ими при описании предметов на основе восприятия. Дети с ЗПР не стремились взять предмет в руки, потрогать, внимательно осмотреть. Его изучение оканчивалось очень быстро. В результате новые прилагательные в их высказываниях не появлялись. После посещения дополнительных занятий количество прилагательных, обозначающих материал, увеличилось с 2 до 4 видов, а оценочных суждений — с 5 до 8 видов прилагательных. Дети всех групп при описании по представлению называли меньше прилагательных, обозначающих форму предмета. Эта особенность у детей с ЗПР выражена гораздо ярче, чем у нормально развивающихся. У них такие прилагательные встречались крайне редко. Дети с ЗПР, даже имеющие некоторый обобщенный образ группы предметов, не могли верно описать свои представления. Они не прибегали к перечислению сразу нескольких признаков предметов (как дети в норме), а если и перечисляли качества, то при этом все признаки как бы приписывались одному предмету: “ручка большая, маленькая”, “платье красное, синее, белое, желтое” (у детей в норме: “ручка белая, а бывает и разноцветная”).

Н.П.Сакулина выделяет по особенностям описания предметов две группы детей:

— первой присуща точность определений;

— дети второй группы описывают не только то, что видят в данный момент, но и представляют себе виденное ранее, привлекая свой чувственный опыт и употребляя множество сравнений.

Среди детей с ЗПР такие группы не выделяются. Дети почти не привлекают свой сенсорный опыт к описанию воспринимаемого. Если же и используют его, то без связи с воспринимаемым в данный момент. Только после коррекционных занятий они начинают употреблять сравнительные обороты. Несмотря на большую конкретность, их описания неточны. Создается впечатление, к примеру, что ребенок описывает не конкретный стол, а одновременно несколько ранее виденных столов; описание дается безотносительно к определенному предмету. Предмет (изображение) как бы только стимулирует речевое высказывание ребенка. Обратное явление наблюдается при описаниях по представлению. Дети описывают не обобщенный образ предмета, а его конкретный вариант. Анализ словаря прилагательных показал, что для всех старших дошкольников характерно частое употребление ограниченной группы определений (“большой”, “красивый”, “белый”, “длинный”, “круглый” и др.). У детей с ЗПР эта группа слов меньше, чем у нормально развивающихся.

Е.С.Слепович описывает типичные ошибки детей с ЗПР в употреблении прилагательных:

1. Недифференцированное определение качеств предметов. Выделив качество предмета, они испытывают трудности в обозначении его соответствующим словом. Например, серая шапка названа “черной”, большая по размеру — “очень длинная, чтобы на голову влезла”, овальная груша — “круглая”, толстая веревка — “широкая”. Возможно, что недифференцированное употребление прилагательных для обозначения разных, подчас мало похожих качеств, связано с тем, что у ребенка и в восприятии эти качества недостаточно дифференцированы.

2. Отсутствие в описании соподчинения ярко выраженных и слабо выраженных качеств. Так, серые брюки с коричневым ремнем и белой пряжкой описываются следующим образом: “брюки коричневые, черные, белые”.

3. Употребление прилагательных безотносительно к тем качествам, которые они обозначают (“слон квадратный”, “веревка

добрая”). Эти ошибки в основном свойственны речи умственно отсталых. У детей с ЗПР они встречаются редко. У нормально развивающихся таких ошибок нет.

4. Ошибки персеверативного характера (повторение названного прилагательного для описания других предметов, у которых отсутствует названное качество). Например, “стол круглый, ручка круглая, платье круглое”. Такие ошибки более характерны для умственно отсталых. В норме не наблюдаются вообще.

По результатам исследования Е.С.Слепович делает следующие выводы:

наблюдается значительное расхождение между величиной активного и пассивного словаря, особенно это касается слов, обозначающих качества и отношения. Небольшая часть слов употребляется необоснованно часто, в то время как остальные имеют низкую частоту употребления. Большинство слов, помогающих дифференцированно обозначать свойства окружающего мира, в речи отсутствуют;

недифференцированное употребление слов; не только сходные, но и относящиеся к разным смысловым группам понятия обозначаются при помощи одного слова;

недостаточно слов, обозначающих общие понятия, и в то же время мало слов, конкретизирующих эти понятия, раскрывающих их суть;

затруднена активизация словарного запаса;

зависимость недостаточности словаря от особенностей познавательной деятельности: неточности восприятия, неполноценности анализа и т.д.;

для детей с ЗПР характерны значительные трудности в произвольном оперировании словами (даже с относительно простыми значениями);

особую трудность для них представляют существительные с абстрактными значениями и относительные прилагательные. Она проявляется в переосмысливании или преобразовании этих слов в более конкретные, придумывании с ними бессмысленных словосочетаний;

при конструировании предложений из набора слов детям с ЗПР трудно устанавливать как парадигматические, так и синтагма-

тические связи слов. Нормально развивающиеся дети в основном затрудняются в установлении синтагматических связей.

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. Отстает развитие способности осознавать речевую действительность как что-то отличное от предметного мира. Для речевой деятельности характерна недостаточность монологической речи. Из-за несформированности плана представлений и нарушений в программировании и грамматическом структурировании речевого высказывания детям с ЗПР недоступна даже волшебная сказка, т.к. она является сложным по структуре и объему речевым материалом. Им также не дается прием трансформации повествования. (Е.С.Слепович, 1990)

Характер речевых нарушений у детей с ЗПР может быть самым разным, так же как может быть разным соотношение нарушений отдельных компонентов языковой системы.

Наличие в структуре дефекта при ЗПР недоразвития речи обуславливает необходимость специальной логопедической помощи.

Важно учитывать своеобразие формирования функций речи, особенно ее планирующей, регулирующей функции. При ЗПР отмечается слабость словесной регуляции действий (В.И.Лубовский, 1978). Поэтому действия ребенка отличаются импульсивностью, речь взрослого мало влияет на его деятельность, ребенок затрудняется в последовательном выполнении тех или иных интеллектуальных операций, не замечает своих ошибок, те-

ряет конкретную задачу, легко переключается на побочные, несущественные раздражители, не может затормозить побочных ассоциаций. В связи с этим методический подход предполагает развитие всех форм опосредствования: использование реальных предметов и предметов-заместителей, наглядных моделей, а также развитие словесной регуляции. В различных видах деятельности важно учить детей сопровождать речью свои действия, подводить итог выполненной работе, а на более поздних этапах — составлять инструкции для себя и для других, т.е. обучать действиям планирования.

В школе дети с ЗПР с большим трудом овладевают письмом и чтением. Часто путают буквы, сходные по начертанию или обозначающие оппозиционные фонемы. Путают сложные по составу гласные. На первоначальных этапах обучения похожи на олигофренов (косноязычием, недоразвитием фонематического слуха). Однако они более продуктивны в игровых формах деятельности, лучше понимают содержание сказок и рассказов.

При анализе речевой патологии у ребенка с общим недоразвитием речи важным является выделение так называемых негативных симптомов, связанных с недоразвитием отдельных сторон речи, и “позитивных”, связанных с попытками ребенка приспособиться к своей речевой недостаточности. У детей младшего возраста преобладают первые, у детей более старшего возраста — вторые, которые могут стать их привычным речевым стереотипом. К вторичным позитивным симптомам могут быть отнесены привычные звуковые замены, привычное использование “лепетной” речи, своеобразное привычное построение некоторых фраз и т.д. Если формирование вторичных компенсаторных симптомов происходит без коррекции специалиста, то выработанный привычный стереотип речевого общения может стать патологическим и не способствовать речевой коммуникации, а еще больше затруднять ее.

При подходе к ребенку с речевой патологией всегда необходимо помнить, что, какими бы тяжелыми речевые нарушения ни были, они никогда не могут быть стационарными, полностью необратимыми, развитие речи продолжается при самых тяжелых формах ее недоразвития. Это связано с продолжающимся после рождения созреванием ЦНС ребенка и большими компенсаторны-

ми возможностями детского мозга. Однако в условиях выраженной патологии это продолжающееся речевое и психическое развитие может происходить аномально. Одной из важнейших задач коррекционных мероприятий является “управление” этим развитием, возможное “выравнивание” его.

При подходе к ребенку с общим недоразвитием речи необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Что является первичным механизмом в общем речевом недоразвитии?

2. Какова качественная характеристика недоразвития всех сторон речи?

3. Какие симптомы в речевой сфере являются связанными с недоразвитием речи, какие — с компенсаторными приспособлениями ребенка к своей речевой недостаточности?

4. Какие сферы в речевой и психической деятельности у ребенка являются наиболее сохранными, с опорой на которые можно наиболее успешно проводить логопедические мероприятия?

5. Каковы дальнейшие пути речевого и психического развития данного ребенка?

Только после такого анализа может быть обоснован диагноз речевого нарушения.

При правильно организованной коррекционной работе дети с ЗПР демонстрируют скачок в развитии — то, что сегодня они могут делать только с помощью педагога в условиях специального экспериментального обучения, завтра они начнут делать самостоятельно. Они способны закончить массовую школу, учиться в техникумах, в отдельных случаях — в вузе.

### *Особенности эмоциональной сферы детей с ЗПР*

Дети с задержкой развития отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью. Они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

3. Тржесоголава в качестве ведущих характеристик дошкольников с ЗПР выделяет слабую эмоциональную устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения и его провоцирующий характер, трудности при-

способления к детскому коллективу во время игры и занятий, суетливость, частую смену настроения, неуверенность, чувство страха, манерничанье, фамильярность по отношению к взрослому.

М.Вагнерова указывает на большое количество реакций, направленных против воли родителей, частое отсутствие правильного понимания социальной роли и положения, на недостаточную дифференциацию лиц и вещей, на ярко выраженные трудности в различении важнейших черт межличностных отношений.

В.В.Лебединский указывает на особенную зависимость логики развития детей с ЗПР от условий воспитания. По его мнению, безнадзорность может стать причиной патологического развития личности с ЗПР по типу психической неустойчивости: неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности. В условиях гиперопеки психогенная ЗПР проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду. В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко формируется невротическое развитие личности, при котором ЗПР будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости. Особенности клинико-психологической картины ЗПР В.В.Лебединский связывает с преобладающим фоном настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность. Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к робости, боязливости, страхам.

Дети с ЗПР о собственных чувствах симпатии, как правило, не сообщают либо делают это в неречевой форме: берут за руку, прижимаются, улыбаются.

Отмечаются проблемы в формировании нравственно-этической сферы: страдает сфера социальных эмоций, дети не готовы к эмоционально "теплым" отношениям со сверстниками, могут быть нарушены эмоциональные контакты с близкими взрослыми, дети слабо ориентируются в нравственно-этических нормах поведения.

Они не могут организовать своего поведения лишь в условиях систематического обучения, но бывают достаточно организо-

ваны и активны в игровой деятельности, самостоятельном рисунке, слушании и воспроизведении сказок и т.п. Часто не могут выполнить знакомое задание в новых условиях.

Е.С.Слепович отмечает изменения, произошедшие с детьми в ситуации некритичного принятия их деятельности, поощрения за любые достижения: изменился эмоциональный фон игровой деятельности, он стал радостным, спокойным, отношения детей в игре стали более доброжелательными. Исчезло бесцельное, беспорядочное хождение по комнате. У большинства детей появились любимые игрушки и игры. Положительные эмоции у детей вызывала оценка взрослым успешности их игровой деятельности. Они постоянно обращались к воспитателю за подтверждением своих достижений, были очень чутки к похвале. Наибольшее удовлетворение приносило дословное следование усвоенным правилам организации и развития сюжетной игры. Интересно, что зачастую любимая игрушка или игра закреплялись за конкретным ребенком. Другие дети тоже могли с ней играть, но приоритет в ситуации, когда два ребенка хотят поиграть в одну и ту же игру или с одной и той же игрушкой, принадлежал тому, за кем неофициально закреплялась эта игрушка. Этот факт Е.С.Слепович связывает с особенностями коррекционного воздействия, во время которого не только всячески поощрялся и прививался интерес к игрушке, но и задавались достаточно жесткие эталоны межличностного общения детей в группе.

### *Особенности коммуникативного поведения детей с ЗПР*

Опыт социальных и межличностных отношений ребенок приобретает в процессе общения со взрослыми и сверстниками. Общение детей с ЗПР крайне бедно по содержанию и средствам как по линии взрослый — ребенок, так и по линии ребенок — ребенок. Например, в игровой деятельности это обнаруживается в трудностях вычленения, осмысления и моделирования межличностных отношений. В игровых отношениях преобладают деловые, почти не вычленяются внеситуативно-личностные контакты: моделируемые межличностные отношения конкретны, недостаточно эмоциональны, правила, регламентирующие их, носят жесткий характер, исключают какие-либо варианты. Часто требования сво-

дятся к одному-двум, с полной потерей связи с теми межличностными отношениями, которые моделируют партнеры. Нормы и правила имеют конкретный характер, учитывают позицию только одной стороны. При этом процесс реализации правил не соотносится зачастую с логикой развертывания отношений. Отсутствует гибкость в применении правил. Вероятно, внешняя логика реальных действий значительно больше доступна дошкольникам с ЗПР, чем логика социальных отношений.

У этих детей снижена потребность в общении как со сверстниками, так и со взрослыми. У большинства обнаружилась повышенная тревожность по отношению к взрослым, от которых они зависели. Новый человек привлекает их внимание в значительно меньшей степени, чем новый предмет. В случае затруднений в деятельности такой ребенок скорее склонен прекратить работу, чем обратиться к взрослому за помощью. Вместе с тем соотношение разных видов контактов со взрослым характеризуется резким преобладанием деловых, которые часто представлены обращениями типа “Дай мне”, “Я не хочу заниматься”, “А меня заберет мама?” и т.д. В контакт со взрослым по собственной инициативе вступают редко. Крайне невелико количество контактов, обусловленных познавательным отношением к объектам деятельности; относительно редко наблюдаются личностные контакты со взрослыми.

*Соотношение разных видов контактов  
со взрослым у старших дошкольников с ЗПР до и  
после формирующего эксперимента, %  
(Е.С.Слепович, 1990)*

Виды контактов	Игра		Практическая деятельность	
	В начале	В конце	В начале	В конце
Деловые	80,6	60,4	90,8	67,9
Познавательные	4,1	9,1	2,4	10,9
Личностные	15,3	30,5	6,8	21,2

В начале эксперимента личностные контакты этих детей носили специфический характер. Они не стремились получить оценку своих качеств в развернутой форме, удовлетворялись общей оценкой типа “хороший мальчик”, “молодец” либо непосредственно эмоциональным общением — поглаживанием, улыбкой, объятием, касанием. Редко обращались за одобрением по собственной инициативе. В то же время очень чувствительны к сочувствию, ласке, доброжелательному обращению. Если общение было окрашено в эмоционально-положительные тона, ребенок, как правило, стремился сделать его более продолжительным, был более продуктивен в деятельности (главным образом в ее количественной стороне), реже ссылаясь на усталость. Если при сотрудничестве такого ребенка со взрослым создавалась атмосфера радости, доверия, ситуация успеха, то дети охотнее шли на контакт с экспериментатором, легче принимали помощь. Среди личностных контактов преобладали наиболее простые. Интимные сообщения, беседы о личности взрослого встречались крайне редко. В конце эксперимента Е.С.Слепович были зафиксированы два вида обращения детей к взрослому: вербальные (“Правда, не бывает, что столько денежек за коробочку?”) и невербальные — дети в спорных случаях окружали взрослого и молча смотрели на него.

Большинству детей с ЗПР, по литературным данным (З.Тржесоглава, 1986; Е.С.Слепович, 1990), присуща повышенная тревожность по отношению к взрослым, от которых они зависят. Это объясняется тем, что для большинства детей в силу того, что они уже успели показать свою несостоятельность в различных видах деятельности, взрослый — это человек, представляющий определенную угрозу, человек, который наказывает за любую неудачу

или проступок. Данные свидетельствуют также о том, что большинство детей с ЗПР развивались в ситуации дефицита общения. В связи с этим выделение и осознание мира отношений между людьми представляет для дошкольников с ЗПР особую трудность.

Исследование выявило сниженную потребность в общении детей с ЗПР со сверстниками, а также низкую эффективность их общения друг с другом во всех видах деятельности (Е.С.Слепович, С.С.Харин). В игровых диадах детей с разной степенью выраженности ЗПР, как правило, складываются отношения авторитарно-агрессивного типа. При этом активность в межличностных отношениях характерна, в основном, для детей с легкой формой ЗПР. По отношению к детям с тяжелой формой их общение носит направленный на организацию игры характер, а партнер рассматривается как средство для достижения цели. Обращения имеют форму инструкции-приказа, отсутствует ориентация на личность партнера по совместной игровой деятельности. Такие отношения требуют вмешательства в мотивационные аспекты их совместной деятельности. Работа в этом направлении должна включать обогащение эмоционального опыта детей, оценочное воздействие, создание доброжелательного радостного климата в группе, моделирование конфликтных социальных ситуаций и их анализ, проведение бесед на морально-этические темы, включение детей в совместную общественно-полезную деятельность. Е.С.Слепович отмечает, что процесс переориентации отношений между дошкольниками с разной степенью выраженности ЗПР чрезвычайно труден и долгов. При этом, по ее наблюдениям, если диаду в совместной деятельности составляли ребенок с тяжелой формой ЗПР и УО ребенок, то отношения между ними складывались также по авторитарно-агрессивному типу, но инициатором такого стиля общения уже становился ребенок с ЗПР, который был более состоятелен в любой деятельности, чем его умственно отсталый сверстник. В какой-то мере это связано с личностными особенностями детей данной категории, с различным уровнем интеллектуальных способностей и возможностями в осуществлении деятельности у партнеров в диаде.

Подключение к диаде, строившей свою деятельность по авторитарному типу, ребенка с легкой формой ЗПР демократизировало общение между ее участниками. Этот факт можно объяс-

нить тем, что включение в субъект деятельности ребенка, который сам пытался организовать свою деятельность в рамках конкретной игры, заставляло первого ребенка-организатора (с легкой формой ЗПР) учитывать его высказывания, ориентироваться на него и уже в этом контексте перестраивать свои отношения с партнером с тяжелой формой ЗПР. Для сравнения, замечает Е.С.Слепович, в триадах “два ребенка с тяжелой формой ЗПР и один — с легкой формой ЗПР” такой демократизации отношений не наблюдалось.

В диадах, которые создавали дети с легкой формой ЗПР и примерно одного уровня сформированности игровых умений, отмечались элементы предварительного планирования игры, которые выражались в распределении ролей по способу “решение за другого”.

### *Особенности игровой деятельности детей с ЗПР*

Е.С.Слепович разделяет нарушения игровой деятельности дошкольников с ЗПР на два вида: нарушения, связанные с недостаточной сформированностью игры как деятельности, прямо вытекающие из психологических характеристик детей данной категории; специфические нарушения, характерные для такого вида деятельности, как игра. Специфические нарушения игры включают в себя: 1) трудности в формировании мотивационно-целевого компонента (недостаточность этапа порождения замысла, крайне узкая вариативность при поиске путей его реализации, отсутствие потребности в самоусовершенствовании своей деятельности); 2) сюжетная игра детей с ЗПР — малоподвижное образование, т.к. при создании замысла и плана его реализации жизненный материал выступает у этих детей как жесткий ограничитель, а не как отправная точка для творческого комбинирования реальными событиями; 3) специфична операциональная сторона игровой деятельности (узкий конкретный характер замещения, жесткая фиксированность как самой роли, так и способа ее реализации); 4) поверхностное моделирование мира отношений. Причинами нарушений игры у старших дошкольников с ЗПР Е.С.Слепович называет трудности в формировании уровня образов-представлений и действий; недостаточность регуляции деятельности, осуществляемой образами-представлениями; недостаточность общения по линиям взрослых

— ребенок, ребенок — ребенок; трудности в осмыслении мира человеческих отношений.

По сравнению с нормой, у детей с ЗПР снижен интерес к игре и к игрушкам. Это проявляется в том, что дети достаточно редко по собственной инициативе обращаются к игрушкам, особенно сюжетным, которые обозначают живых существ (куклы, мишки, различные животные). Дети с легкой формой ЗПР могут использовать куклу в качестве партнера по игре. Дети с тяжелой формой ЗПР предпочитают полифункциональные игрушки, при этом действия, совершаемые с ними, скорее предметные, чем игровые. Е.С.Слепович, исследовавшая игровую деятельность дошкольников с ЗПР, отмечает, что на протяжении всего первого среза эксперимента ей и ее коллегам не удалось установить появление у детей в группе любимых игрушек. Они не интересовались ими, не стремились взять в руки, рассмотреть, потрогать, познакомиться с принципом работы, с их назначением. Из бесед с родителями выяснилось, что большинство дошкольников с ЗПР и дома не отдавали предпочтения какой-либо игрушке. Эти факты важны в контексте того, что на начальном этапе игра определяется игрушкой (Д.В.Менджеричкая, 1946; А.П.Усова, 1976; С.Л.Новоселова, 1986). Она выступает для ребенка в качестве обобщенного эталона окружающей действительности. Кроме того, использование одушевленной куклы в качестве партнера по игре является одной из наиболее значимых предпосылок ролевой игры (Ф.И.Фрадкина, 1946; Д.Б.Эльконин, 1978). Ролевое поведение детей с ЗПР импульсивно, они менее ориентированы на правила, чем дети с нормальным уровнем развития. Роль и заключенное в ней ролевое правило зачастую не выступают для них в качестве регулятора деятельности. Например, в игре “Больница” пациент хватается, перебирает игровые атрибуты врача. Дети с ЗПР мало общаются в игре, игровые объединения неустойчивы, часто возникают конфликты, коллективная игра без помощи воспитателя складывается плохо, в основном их действия носят характер деятельности рядом. Лишь в единичных случаях возникают отношения по поводу игры, направленные на ее организацию, регуляцию отношений между детьми, внесение коррективов в развитие сюжета.

Эти дети испытывают существенные трудности в создании воображаемой ситуации и принятия на себя роли. Сюжетная игра

как совместная деятельность не возникает. Нарушена мотивационно-целевая основа игровой деятельности: резко снижена активность в игровом поведении, возникают ярко выраженные трудности в самостоятельном создании плана-замысла игры, в целенаправленном его развертывании. Игра носит, в основном, неречевой характер. Даже тогда, когда действия направлены на одушевленного партнера (роль которого чаще всего выполняет кукла), случаи ролевой речи единичны. Как правило, дошкольники не связывают совершаемые ими игровые действия с названием взятой на себя роли. На вопрос “Во что ты играешь?” они называют одно из выполняемых действий или стержневое, обобщенное действие: “Куклу спать укладываю”. Роль и воображаемая ситуация не вычленяются и не обыгрываются. Смысл игры состоит, как правило, в совершении действий с игрушками и игровыми атрибутами. В то же время, отмечает Е.С.Слепович, дети с ЗПР различной степени выраженности, в отличие от умственно отсталых дошкольников, всегда совершали действия, адекватные тем предметам и игрушкам, которыми они оперировали. В их действиях с игровыми атрибутами отмечалась верная ориентированность на свойства использованных объектов, хотя представления об игровых действиях, характерных для того или иного игрового атрибута, еще недостаточно четкие, операции рядоположены, не структурированы, не выделялись наиболее существенные действия. Иногда важные операции отсутствовали, а акцент делался на вспомогательных. Е.С.Слепович и ее коллегами не было зафиксировано ни одного случая обобщения цепочки игровых действий и замены их словом. Из-за ограниченности представлений о моделируемой ситуации в играх этих детей использовалось значительно меньшее число игрушек и игровых атрибутов, чем находилось в игровом уголке. Использование полифункциональных игрушек в качестве предметов-заместителей было единичным. При этом полифункциональному предмету придавалось одно, строго фиксированное значение. Например, палочка могла быть только термометром и использовалась именно в игре “Больница”. Слово-наименование ограничивало назначение бессюжетной игрушки, как бы закрепляло ее за конкретной игрой. Перенос значения с одного предмета на другой в процессе игры почти не осуществлялся. Игровые действия детей с тяжелой формой ЗПР были организованы в короткие цепочки (1-3

действия). Часто они не имели той логической последовательности, которая характерна для житейской ситуации, одно и то же действие могло повторяться несколько раз. В качестве заместителей реальных предметов использовались только сюжетные игрушки.

У детей с ЗПР с трудом возникает замысел игры, игровые сюжеты стереотипны, в основном на бытовые темы. Их реализация носит ситуативный, неустойчивый характер, зависит от случайных ассоциаций. Наиболее эффективным для возникновения игрового поведения является такой тип побуждения, в рамках которого взрослый полностью осуществляет организационный этап игры. Е.С.Слепович отмечает, что максимальная конкретизация взрослым структуры и характера игровой деятельности приводит к тому, что впервые у детей с ЗПР отмечаются действия, моделирующие отношения, хотя доля их невелика (14%). Это объясняется недостаточностью представлений о реальных действиях взрослых, которые могут быть перенесены в игровую ситуацию. Сами действия, как игровые, так и предметные, бедны по своему характеру, не столь разнообразны и выразительны, как в норме. Они часто не соотносятся с задачей в целом. Ярко выражена зависимость от предметных условий деятельности. Игровое поведение малоэмоционально. Недостаточно сформированы действия замещения, конкретность игровых действий, способность обобщать их при помощи слова. Самостоятельно выделить условную игровую ситуацию и обозначить ее словом дети данной категории не могут. В целом игра носит нетворческий характер. Без помощи взрослого дети склонны условный план игры сводить к реальному плану предметной деятельности (Е.К.Иванова, Л.В.Кузнецова, Е.С.Слепович). Недостаточность актуализации мотивов игровой деятельности приводит к тому, что в большинстве случаев дети включаются в игру только по требованию взрослого. При овладении дидактической игрой они не могут одновременно ориентироваться на игровую и дидактическую задачи, причем дидактическая задача осознается легче, что превращает дидактическую игру в упражнение.

У дошкольников с тяжелой формой ЗПР сюжетная игра практически отсутствует. Смысл их деятельности состоит в выполнении коротких цепочек предметных и предметно-игровых дей-

ствий с игрушками и неоформленным материалом. Сюжет не вычленяется, роли фактически нет. Зафиксированы отдельные игровые действия, однако с воображаемой ситуацией они еще не связаны, поэтому ни индивидуальных, ни совместных игр у них не наблюдается. В игровых объединениях с детьми с легкой формой ЗПР они выступают в качестве живой куклы. В индивидуальной деятельности старших дошкольников с тяжелой формой ЗПР прослеживаются только отдельные предпосылки сюжетной игры, главным образом это короткие цепочки игровых действий. В играх с ребенком с легкой формой ЗПР они поднимаются на более высокий уровень. У них вычленяются предпосылки сюжетно-ролевой игры: направленность действий на партнера, адекватный характер игровых действий, название себя именем взрослого (хотя выделяет это имя для них сам взрослый). При осуществлении взрослым функций целеполагания в сюжетной игре дети понимают, что им надо играть, но операциональной стороной игры даже на элементарном уровне не владеют (в отличие от детей с легкой формой ЗПР, которые в подобной ситуации легко принимают операциональную сторону игры).

Е.С.Слепович, изучавшая игровую деятельность дошкольников с ЗПР, отмечает в ней следующие изменения. Они приведены в следующей таблице.

*Изменения в игровой деятельности дошкольников с различными формами ЗПР в результате формирующего эксперимента (Е.С.Слепович, 1990)*

	Легкая форма ЗПР	Тяжелая форма ЗПР
Активность игрового поведения	Значительно возросла, выступали инициаторами, брали на себя организаторские функции (распределяли роли, подбирали игровые атрибуты, организовывали игровое пространство), выполняли функции наблюдателей и контролеров. Активность игрового поведения все меньше зависела от степени воздействия	Возросла, были исполнителями, выполняли вторые роли.

	взрослого.	
Основные игровые действия	Сюжетно-отобразительные, возросло количество действий, моделирующих отношения. При этом социальный пласт отношений осмысливался недостаточно. В играх воспроизводились те отношения, которые бросались в глаза. Смысловые оттенки упускались.	Сюжетно-отобразительные. Действия, моделирующие отношения, эпизодичны. Встречались предметно-игровые.
Игровая речь	Преобладали обращения друг к другу как партнерам по совместной игровой деятельности.	Преобладали обращения и ответы их как носителей ролей.
Мотивация сюжетных игр	Основной мотив сюжетных игр — воспроизведение ролевых действий. При этом действия стали сворачиваться, терялась их конкретность, они передавали только общее свое назначение, целые цепочки действий обозначались при помощи слова.	Основной мотив — воспроизведение ролевых действий. Игровое время часто увеличивалось за счет предельно детализированного воссоздания игровой ситуации и игровых действий. Сворачивания действий не наблюдалось.
Моделирование предметного и социального миров	Предметы-заместители привязывались к какому-либо одному замещаемому предмету. При моделировании социальной области жизненный опыт выступал как самый жесткий ограничитель деятельности детей. Без обобщенного знака, в котором концентрировалась суть ролевого поведения, игра распа-	Эти тенденции выражены еще сильнее.

	далась (например, игра “Больница” не могла состояться без белого халата).	
Первоначальная сюжетная линия	Развивалась за счет перехода к другой, являлась ее логическим продолжением.	Заканчивали реализацию своей роли в ограниченной игровой ситуации, тем самым завершая игру.
Развитие сюжетной игры	Не происходит. На уровне создания плана-замысла сюжетной игры она превращается в деятельность по продуцированию усвоенных сюжетов, а эталоны построения сюжетной игры — в штампы.	Указанные тенденции отмечаются уже на уровне операций.
Конфликты	Зафиксированы разногласия из-за несоответствия игровых действий житейским представлениям или образцу, заданному на занятиях; плана реализации сюжета имеющемуся в их опыте образцу; распределения игрушек в случаях, когда их, по мнению детей, было недостаточно.	Конфликты, связанные с игровой деятельностью, почти не наблюдались. Эти дети обычно беспрепятственно и некритично выполняли указания своих партнеров с легкой формой ЗПР. Иногда возникали споры по поводу распределения игрушек.

Е.С.Слепович и С.С.Харин (1988) делают следующие выводы относительно особенностей игровой деятельности дошкольников с ЗПР:

- группа старших дошкольников с ЗПР по уровню сформированности игровой деятельности неоднородна;
- у всех дошкольников с ЗПР резко снижена активность в области самостоятельной игровой деятельности;

- отсутствует или достаточно редко проявляется интерес к игрушкам;
- дети с ЗПР разной степени выраженности не могут самостоятельно организовать совместную деятельность в рамках сюжетной игры;
- для возникновения сюжетной игры необходимо целенаправленное вмешательство взрослого, которое должно выражаться в том, что он полностью осуществляет организационный этап игры, начиная от определения темы игры, игрового общества и распределения ролей, заканчивая подробным описанием путей реализации сюжета в целом и каждой конкретной роли;
- вне описанной системы воздействия у детей с ЗПР возможна лишь процессуальная с элементами сюжета игровая деятельность, которая представляет собой деятельность рядом или деятельность вместе;
- у дошкольников с ЗПР имеются существенные трудности в формировании воображаемой ситуации, которая придает игре смысл, делает ее мотивированной деятельностью (дети с легкой формой ЗПР вычлениют игровые действия в рамках воображаемой ситуации, хотя саму игровую ситуацию без помощи взрослого выделить не могут; у детей с тяжелой формой ЗПР зафиксировать действия в воображаемой ситуации не удалось);
- за трудностями в создании воображаемой ситуации в игре стоит бедность образной сферы: недостаточная обобщенность и обратимость сложившихся в жизненном опыте знаний и представлений, трудности в произвольном оперировании данными непосредственного жизненного опыта, малоэмоциональная окрашенность действий;
- особую трудность для дошкольников с ЗПР представляет выделение и осознание мира отношений между людьми и связанные с этим ориентация в субординации ролей, а также реализация ролевых отношений по правилам;
- в рамках традиционно применяемых в дошкольных учреждениях форм и приемов организации игрового поведения старших дошкольников, направленных главным образом на пополнение запаса знаний о той действительности, которую дети в процессе игры должны моделировать, осуществить формирование игровой деятельности у детей с ЗПР невозможно.

## *Готовность к обучению в школе (школьная зрелость) детей с ЗПР*

Проблема изучения и подготовки к обучению детей с задержкой психического развития в течение последних 20 лет интенсивно разрабатывалась сотрудниками института коррекционной педагогики РАО (В.И.Лубовский, М.С.Певзнер, Н.А.Цыпина, Н.А.Никашина, К.С.Лебединская, Г.И.Жаренкова, И.Ф.Марковская, Р.Д.Триггер, С.Г.Шевченко, Г.М.Капустина).

Обучаемость рассматривается как восприимчивость к обучению, к дозированной помощи, возможность к обобщению, построению ориентировочной основы деятельности (Б.Г.Ананьев, Н.А.Менчинская, З.И.Калмыкова, А.Я.Иванова, С.Л.Рубинштейн, П.Я.Гальперин, Н.Ф.Талызина). Готовность к школьному обучению понимается как комплекс качеств, образующих умение учиться (А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, В.С.Мухина, А.А.Люблинская). Этот комплекс качеств включает в себя понимание ребенком смысла учебных задач, их отличие от практических, осознание способов выполнения действия, навыки самоконтроля и самооценки, развитие волевых качеств, умение наблюдать, слушать, запоминать, добиваться решения поставленных задач.

Важное значение имеют интеллектуальная, личностная, социально-психологическая, волевая готовность к школе. У.В.Ульенкова разработала специальные диагностические критерии готовности к обучению детей шестилетнего возраста с ЗПР. Среди этих параметров выделены следующие структурные компоненты учебной деятельности:

- ориентировочно-мотивационные;
- операционные;
- регуляторные.

На их основании автор разработала уровневую оценку сформированности общей способности к учению детей с ЗПР. Эта оценка проводилась в процессе обучения, помимо обучающих выполняющего и диагностические задачи. Процедура включала в себя ряд заданий, типа выкладывания елочки из геометрических фигур, рисования флажков по образцу, а также выполнения заданий по вербальной (речевой) инструкции взрослого.

Обнаружилось, что нормально развивающийся дошкольник в процессе выполнения этих заданий легко обучался работать

по инструкции взрослого, контролировать свои действия, активно оценивать свои удачи и неуспехи.

У шестилетних детей с ЗПР была выявлена более низкая способность к обучению, отсутствие интереса к занятию по заданию, отсутствие саморегуляции и контроля, а также критического отношения к результатам своей деятельности. У этих детей отсутствовали такие важные показатели готовности к обучению, как:

- сформированность относительно устойчивого отношения к познавательной деятельности;
- достаточный самоконтроль на всех этапах выполнения задания;
- наличие речевой саморегуляции.

Согласно данным С.Г.Шевченко, у старших дошкольников с ЗПР запас конкретных знаний беднее, чем в норме, преобладают не обобщенные, а разрозненные знания, связанные в основном с конкретной ситуацией.

В.В.Лебединский приводит данные исследования детей с ЗПР детским вариантом теста Векслера. Оно выявило неоднородность показателей коэффициента интеллектуальности (КИ) в группах с различными формами ЗПР (И.Ф.Марковская, В.В.Лебединский, О.С.Никольская, 1977; Г.Шаумаров, 1980). У детей с преобладанием явлений органического инфантилизма суммарные данные (общий, вербальные и невербальные показатели) распределялись в пределах возрастной нормы. Однако, несмотря на благополучные средние показатели, выявлялись низкие результаты по отдельным вербальным субтестам, например, по субтесту “Словарь” в половине случаев результаты располагались в зоне умственной отсталости. В то же время по невербальным субтестам результаты находились в пределах нормы. У детей с преобладанием нарушений познавательной деятельности основные показатели находились в промежуточной зоне между умственной отсталостью и нормой. Низкие показатели были получены не только по вербальным, но и по невербальным субтестам. Более выраженная тяжесть дефекта снижала компенсаторные возможности этих детей. Если у детей первой группы при низких вербальных показателях общий КИ достигал уровня нормы за счет высоких показателей по невербальным субтестам, то у детей второй группы общий КИ был резко снижен.

Е.А.Екжанова исследовала формирование изобразительной деятельности у детей с ЗПР 6-летнего возраста (1989). Ее работа выявила низкий интерес испытуемых к процессу и результатам изобразительной деятельности. Хотя обычно детям к 6 годам доступен простой предметный рисунок, однако, в отличие от рисунков нормально развивающегося ребенка, он крайне схематичен и упрощен. Изображения маловыразительные, мелкие, однотипные. Сюжетные рисунки большинству детей недоступны, дети не могут сформулировать замысел сюжета. Многие рисунки находятся на уровне недифференцированной схемы.

Характерна несформированность технических навыков рисования, неловкость движений рук, дети не могут правильно держать карандаш, кисть, затрудняются в рисовании мелких предметов, не владеют приемами раскрашивания.

Е.С.Слепович отмечает, что для того, чтобы старшие дошкольники с ЗПР могли использовать графические пространственные модели, необходимо специальное обучение. При этом им требуется этап, которого нет при обучении нормально развивающихся детей, на котором сохраняется известное сходство модели с объектом (исследования И.А.Атемасова показали, что опредмечивание геометрических форм характерно для детей 3 лет (1984)).

### *Школьные успехи детей с ЗПР*

Симптомы ЗПР, частично выступавшие уже в раннем, преддошкольном и дошкольном возрасте, очень резко проявляются в школе, где перед ребенком ставятся задачи, требующие сложной и опосредствованной формы деятельности. В популяции младших классов число детей с ЗПР колеблется от 5 до 11% (Е.М.Мастюкова,1997). Для того, чтобы перейти к новой форме деятельности, ребенок должен перестроить мотивы своей деятельности. Дети с психофизическим инфантилизмом не готовы к этому, именно поэтому к моменту поступления в школу оказываются не созревшими для обучения в ней, поэтому они не могут перестроить инфантильных форм своего поведения в соответствии с требованиями, предъявляемыми обучением в школе, плохо включаются в учебные занятия, не воспринимают задания, не проявляют интереса к ним, на первых этапах обучения не понимают школьных требований, не подчиняются правилам школьной жизни.

Во время занятий дети с ЗПР вялы, апатичны, непродуктивны. Иногда у них возникают головные боли, повышенная утомляемость. В игре же они оживлены, инициативны и эмоционально заинтересованы. У них как бы еще сохраняются мотивы деятельности, характерные для ребенка дошкольного возраста. Они могут выполнить лишь те задания, которые связаны с их интересами и игрой. Выполнение же заданий, требующих сложных видов произвольной деятельности в новых для ребенка школьных условиях, оказывается для него объективно непосильным. Это обстоятельство и лежит в основе непродуктивности в обучении таких детей.

Интеллектуально эти дети сохранны. Они могут понять смысл доступных их возрасту сказки или рассказа, сюжетной картинки, могут в должной последовательности разложить серию картинок и составить по ним рассказ. Умеют использовать оказываемую им помощь при выполнении того или иного смыслового задания. Но, когда к такому ученику не обеспечивается индивидуальный подход, учитывающий его психические особенности, и не оказывается должная помощь в школе и дома при затруднениях в обучении, возникает педагогическая запущенность, которая усугубляет эти затруднения. Своевременно и правильно оказанная помощь приводит к полной обратимости этих состояний (Власова Т.А., 1971).

Пониженная обучаемость детей с ЗПР проявляется в том, что при обучении у них формируются малоподвижные связи, воспроизводимые в неизменном порядке. При переходе от одной системы знаний и навыков к другой эти дети склонны применять старые способы, не видоизменяя их. Т.В.Егорова отмечает в качестве одной из особенностей младших школьников с ЗПР трудность произвольного перехода к иной точке зрения, специфической для данной ситуации. Так, в задании “Четвертый лишний” необходимо оторваться от представлений о реальной ценности, полезности предметов и выбрать предмет, не вписывающийся в логику, задаваемую остальными вещами в одной конкретной ситуации. Наблюдается также ослабление регуляции во всех звеньях процесса учения.

На школьную успеваемость таких детей особенно влияют:

а) психологический климат в классе (творческая, дружеская атмосфера, проникнутая товарищеской заботой, способствует

не только повышению успеваемости, но и благотворно влияет на формирование положительных черт характера ученика). В.В.Лебединский указывает на то, что специальное исследование отношений успевающих детей к неуспевающим одноклассникам с ЗПР позволило выявить важную роль этого фактора в формировании заниженного уровня притязаний детей с ЗПР. Основным критерием общей оценки ученика его одноклассниками являлся фактор школьной успеваемости. Дети обычно соотносили сверстников по шкале ума в зависимости от их школьных успехов. Результаты эксперимента показали, что критерий успеваемости влияет на оценку не только интеллектуальных, личностных, но даже и физических качеств ребенка. Так, ученики, успевающие отлично, как правило, были отнесены другими не только к самым умным, старательным, но и к добрым и даже красивым. И наоборот, неуспевающие дети с ЗПР оценивались их успевающими сверстниками не только как глупые, ленивые, но и как злые и некрасивые. Даже такой объективный и простой для оценки показатель, как рост, занижался в отношении неуспевающих. Такая широкая иррадиация отрицательного отношения к интеллекту, личностным качествам и даже внешности детей с ЗПР обуславливала их изоляцию в пределах класса. Успевающие ученики не хотели дружить с ними, сидеть за одной партой. Имелось лишь небольшое число детей, с которыми у детей с ЗПР существовали эмоциональные контакты и симпатии; это были тоже преимущественно неуспевающие школьники. Неблагоприятное положение детей с ЗПР в среде сверстников рождает у них ряд гиперкомпенсаторных реакций. Стремясь обеспечить себе успех, они еще прочнее фиксируются на более раннем интеллектуальном уровне;

б) личные качества учителя ( в первую очередь это разумная требовательность, умение найти положительное в ребенке и, опираясь на это положительное, помочь ему преодолеть затруднения в учебе).

Дети с тяжелой формой ЗПР, обучающиеся в массовой школе, не усваивают знаний, предусмотренных программой. У них не формируется учебная мотивация. Неблагоприятное положение детей с ЗПР в среде сверстников рождает у них ряд гиперкомпенсаторных реакций. Стремясь обеспечить себе успех, они еще прочнее фиксируются на более раннем интеллектуальном уровне, низка

работоспособность, недостаточна саморегуляция, отстают в развитии все виды мышления, особенно вербально-логическое, встречаются существенные дефекты в развитии речи, значительно снижена интеллектуальная активность.

После года обучения в первом классе дети с ЗПП не выучивают буквы, затрудняются в звуко-буквенном анализе, не могут писать под диктовку, обнаруживают неподготовленность к языковым наблюдениям, не умеют выделить из текста предложение, не справляются с элементарными счетными операциями. Однако могут делать хорошие рисунки. В этом случае, при сравнении рисунков с элементами письма, видно, что ребенок еще не готов к отвлеченной школьной деятельности.

### *Общая характеристика деятельности детей с ЗПП*

Согласно исследованиям психофизиологов, эффективность любой деятельности (действий, операций, навыков) зависит от уровня активации мозга. Эта зависимость может быть описана куполообразной кривой, показывающей, что наиболее высокие результаты достигаются не при самой высокой активации нервной системы, а при более низкой, получившей название оптимального функционального состояния. Оно в наибольшей степени отвечает тем требованиям, которые предъявляет содержание решаемой задачи к энергетическому обеспечению мозговых структур. Сдвиг функционального состояния в любую сторону от оптимального сопровождается снижением результативности как психических, так и физических действий. В лаборатории К.Мангины были исследованы более чем 2000 детей и подростков с нормальным уровнем и задержкой психического развития. Оказалось, что активация у детей с ЗПП выходила за пределы установленного коридора оптимального функционального состояния или была неустойчивой. Если во время выполнения теста ребенка удерживали в пределах коридора оптимальной активации, это способствовало более быстрому формированию специфических навыков у детей с ЗПП. Чтобы удержать уровень активации в рамках заданного коридора, экспериментатор прибегал к различного рода воздействиям, возбуждающим или успокаивающим ребенка (подача звуковых тонов, вспышки света, инструкции — встать, сесть, подпрыгнуть, сфоку-

сировать внимание на частоте своего дыхания и др.) (Данилова Н.Н., 1998).

Изменение функционального состояния немедленно влечет за собой изменение времени реакции. При поражениях головного мозга разной этиологии наблюдается значительное замедление скорости реагирования. Регистрация времени реакции широко используется для выявления психофизиологических особенностей людей с различным уровнем интеллектуального развития. Чем ниже уровень развития интеллекта, тем более вариативно время реакции (как простой, так и в ситуации выбора) и больше ошибок в реагировании. Исследование показало, что время реакции на простейшие сенсорные сигналы в несложной экспериментальной ситуации у детей с ЗПР 8-9 лет на 28мс больше, чем у 8-летних детей с нормальным развитием. К 13-14 годам эта разница несколько уменьшается. При этом такая элементарная операция, как обнаружение сигнала, не требующая никакого сенсорного опыта, осуществляется детьми с ЗПР медленнее, чем их сверстниками с нормальным интеллектом, не только в 8-9, но и в 13-14 лет. Сам сенсорный опыт, выражающийся в реакции "подстораживания" сигнала в экспериментальной ситуации, у детей с ЗПР формируется медленнее, чем в норме. Так же медленно он трансформируется под влиянием изменяющихся обстоятельств. Этой особенностью дети с ЗПР значительно отличаются от детей с умственной отсталостью: у детей с олигофренией время реакции на редкие сигналы после их более частого предъявления уменьшилось гораздо быстрее и резче, чем в норме и при ЗПР. Подобная стратегия поведения объясняется тем, что дети с УО имеют короткий опорный ряд, т.е. они оценивают лишь небольшой ряд событий, следующих одно за другим, а не всю вероятностную ситуацию в целом. Поэтому их сенсорный опыт оказывается иногда более гибким, чем у детей в норме и с ЗПР (Л.И.Переслени, 1984).

Для мыслительной деятельности детей с ЗПР характерно отсутствие готовности к решению интеллектуальных задач, недостаточная выраженность ориентировочного этапа в их решении, неспособность к необходимому умственному усилию, неумение контролировать себя в ходе выполнения задания (Диас Гонсалес, Т.В.Егорова, Е.К.Иванова, Н.В.Елфимова, З.И.Калмыкова,

В.И.Лубовский, К.Новакова, Т.Д.Пускаева, Т.А.Стрекалова, У.В.Ульенкова).

И.А.Коробейников, изучавший особенности деятельности дошкольников с ЗПР, условно разделил их на две группы:

1) дети, у которых наблюдается интерес к выполняемой работе, но при столкновении с трудностями нарушается целенаправленность деятельности, снижается активность, действия становятся нерешительными; в большинстве случаев внешняя стимуляция и создание ситуации успеха улучшают продуктивность работы и способствуют преодолению этого явления (здесь многое зависит от педагога);

2) дети с менее выраженным интересом к работе и невысокой активностью; при возникновении трудностей интерес и активность еще более снижаются, требуется значительная стимуляция, чтобы выполнение заданий было продолжено; несмотря на большой объем разного рода помощи (вплоть до наглядного обучения), уровень достижений у них значительно ниже, чем в первой группе.

Специфична познавательная активность этих детей:

- они не стремятся использовать время, отведенное на выполнение задания, высказывают мало суждений в предположительном плане до момента решения задачи;

- при запоминании недостаточно эффективно используют время, предназначенное для первоначальной ориентировки в задаче;

- нуждаются в постоянном побуждении извне к припоминанию;

- не умеют применять приемы, облегчающие запоминание;

- резко снижен уровень самоконтроля;

- деятельность слабо зависит от поставленной цели;

- трудная цель подменяется более простой и знакомой;

- при небольшом изменении условия решения задач становятся ошибочными;

- испытывают большие затруднения в поиске общего способа решения целого ряда задач, когда требуется осуществить широкий перенос;

- наблюдается поверхностность и неполнота знаний о предметах и явлениях, находящихся вне того круга, с которым ребенка целенаправленно знакомят взрослые.

Т.В.Егорова отмечает пониженный тонус познавательной активности детей с ЗПР. В процессе решения задачи для них было характерно отсутствие необходимого эмоционально-волевого напряжения, не отмечалось активных поисков наиболее рациональных способов решения. Обычно этих детей удовлетворял самый легкий, а не самый правильный способ действия. Именно поэтому познавательная задача часто оставалась нерешенной даже тогда, когда имелись достаточные потенциальные возможности для ее адекватного решения.

Г.И.Жаркова, Т.Д.Пускаева считают, что для деятельности ребенка с ЗПР характерны следующие черты:

- импульсивность действий,
- малая значимость образца и низкий уровень самоконтроля при выполнении задания (очень бегло осматривает образец, не сверяется с ним ни в ходе выполнения задания, ни после его завершения, образец не привлекает к себе внимание даже при неудовлетворительном выполнении задания),
- отсутствие целенаправленности в работе (хаотичность действий, неумение подчинить свою деятельность единой цели, обдумать ход выполнения работы),
- низкая продуктивность деятельности (даже в сюжетно-ролевой игре недостаточно творческих элементов),
- нарушения или утрата программы деятельности (Г.И.Жаренкова отмечает, что наибольшие трудности вызывают задания, предполагающие последовательное выполнение нескольких звеньев),
- ярко выраженные трудности в вербализации деятельности, которые иногда принимают форму грубого несоответствия речи и действия.

При работе над заданием требование непременно объяснить выполнение каждой операции вызывает наступление эмоционального срыва; дети отказываются отвечать, выполнять задание, на глазах появляются слезы; все это они объясняют наступлением усталости. Однако, как только дошкольники начинают работать молча, появляется большое количество ошибок, причем свои

ошибки они замечают только тогда, когда действия снова начинают вербализоваться.

У всех детей с ЗПР наблюдается снижение активности во всех видах деятельности.

Е.С.Слепович отмечает, что дети с ЗПР испытывают большие трудности при переносе знаний, полученных на занятиях, в самостоятельную деятельность. У всех дошкольников с ЗПР затруднен процесс сокращения и автоматизации действий, резко нарушена программирующая функция речи, имеются существенные трудности в формировании обобщения даже на наглядной основе, отсутствует произвольная регуляция деятельности при выполнении заданий в соответствии с поставленной задачей без постоянной опоры на наглядность и предметные действия, отмечается узость переноса. Т.В.Егорова, исследовавшая особенности памяти и мышления младших школьников с ЗПР, полагает, что одной из причин низкой способности этих детей к переносу является их специфичное отношение к нерешенным проблемам: в отличие от успевающих школьников, дети с ЗПР не склонны сохранять в сознании нерешенные вопросы, не пытаются вернуться к ним. Трудности в произвольной регуляции деятельности приводят к тому, что у них отмечается явная склонность превращать любой образец в штамп. Формирование у детей с ЗПР условно-динамической позиции в вербальном плане невозможно без применения постоянных материальных опор.

Исследования Н.Л.Белопольской (1976) показали, что у детей с ЗПР формируется заниженный уровень притязаний, который отмечается не только в отношении к учебным предметам, но и любой другой деятельности, содержащей оценочные моменты.

Л.С.Славина и Т.В.Егорова те же тенденции отмечают у младших школьников.

#### *Вопросы для самопроверки:*

1. Перечислите сомато-вегетативные и психомоторные симптомы задержки психического развития, характерные для детей от 0 до 3 лет, от 4 до 10 лет.

2. Каковы анатомо-физиологические признаки легких форм ЗПР?

3. Чем характеризуется высшая нервная деятельность детей с ЗПР?
4. Перечислите особенности внимания, наиболее характерные для детей с ЗПР.
5. По каким признакам осуществляется ранняя диагностика нарушений внимания и гиперактивного поведения у детей?
6. Назовите оптимальные способы обучения детей с нарушениями внимания.
7. Перечислите особенности восприятия, наиболее характерные для детей с ЗПР.
8. Чем характеризуется процесс “преднастройки” у нормально развивающихся детей? Сравните “преднастройку” детей с ЗПР и умственной отсталостью.
9. Перечислите последствия нарушений восприятия у детей с ЗПР.
10. Перечислите особенности мнемической деятельности детей с ЗПР.
11. На каком этапе формирования мышления впервые отмечается отставание в развитии при ЗПР?
12. Дайте характеристику мыслительной деятельности дошкольников с ЗПР.
13. Каковы различия между “общим недоразвитием речи” и “задержкой речи”?
14. Чем характеризуется развитие речи при ЗПР?
15. Перечислите особенности словообразования у детей с ЗПР. Чем они обусловлены?
16. Обоснуйте необходимость выявления “негативных” и “позитивных” симптомов речевой патологии. Как эти симптомы распределяются по возрастам?
17. Перечислите этапы постановки и обоснования диагноза речевого нарушения.
18. Охарактеризуйте зависимость логики развития детей с ЗПР от условий воспитания.
19. Перечислите особенности эмоциональной сферы детей с ЗПР.
20. Дайте характеристику опыта межличностных отношений детей с ЗПР в игровой деятельности.

21. Подумайте, почему большинство детей с ЗПР характеризуется повышенной тревожностью по отношению к взрослым.
22. Перечислите специфические для задержки психического развития нарушения игры дошкольников.
23. Дайте сравнительную характеристику сюжетной игры нормально развивающихся детей и детей с ЗПР.
24. Опишите особенности игрового поведения детей с ЗПР.
25. Перечислите специфические особенности игровой деятельности дошкольников с ЗПР.
26. Охарактеризуйте психологическую готовность к обучению детей с ЗПР.
27. Опишите поведение детей с ЗПР в период адаптации к школе.
28. В чем проявляется снижение обучаемости детей с ЗПР?
29. Какие факторы влияют на школьную успеваемость детей с ЗПР в наибольшей степени?
30. Чем характеризуется функциональное состояние детей с ЗПР?
31. Перечислите специфические черты познавательной активности детей с ЗПР.
32. Назовите отличительные характеристики деятельности детей с ЗПР.

## **ВЫВОДЫ:**

- при задержке психического развития его нарушение наступает очень рано, поэтому становление всех психических функций происходит не только замедленно, но и искаженно;
- для детей с ЗПР характерна значительная неоднородность нарушенных и сохраненных звеньев психической деятельности;
- у них ярко выражена неравномерность формирования разных сторон психической деятельности;
- у таких детей наблюдается низкая активность во всех видах деятельности, особенно спонтанная;
- у детей с ЗПР наиболее нарушенными оказываются эмоционально-личностная сфера, общие характеристики деятельности, работоспособность (в сравнении с относительно более высокими показателями мышления и памяти); в интеллектуальной деятельности наиболее ярко нарушения проявляются на уровне словесно-логического мышления при относительно более высоком уровне развития наглядных форм мышления; наибольшие трудности вызывают задания, требующие установления сложных причинно-следственных связей, оперирования материалом, отсутствующем в житейском опыте детей;
- дети этой категории обладают достаточно высокими потенциальными возможностями развития, показывают относительно хорошую обучаемость. Так, с помощью взрослого они выполняют задания значительно лучше, чем самостоятельно. Этот факт очень важен как для диагностики ЗПР, так и для положительного прогноза при обучении таких детей.

### *Примерные темы рефератов и курсовых работ.*

1. Причины задержки психического развития.
2. Психологические особенности внимания дошкольников с ЗПР.
3. Особенности памяти дошкольников с ЗПР.
4. Особенности мышления дошкольников с ЗПР.
5. Нарушения речи при задержке психического развития.
6. Особенности психологической диагностики задержки психического развития.
7. Психологические основы обучения детей с ЗПР.

8. Психологические последствия нарушений восприятия у детей с ЗПР.
9. Характеристика процесса словообразования у детей с ЗПР.
10. Особенности эмоциональной сферы детей с ЗПР.
11. Особенности коммуникативного опыта детей с ЗПР.
12. Психологические особенности игровой деятельности детей с ЗПР.
13. Психологическая готовность к школе детей с ЗПР.
14. Особенности психологической адаптации к школе детей с ЗПР.
15. Психологические факторы, влияющие на школьную успеваемость детей с ЗПР.

## ЛИТЕРАТУРА

### *Основная литература*

1. Борякова Н.Ю. Ступеньки развития. М., 2000.
2. Власова Т.А. Каждому ребенку — надлежащие условия воспитания и обучения (о детях с временной задержкой развития) // Дети с нарушениями развития: Хрестоматия. М., 1995.
3. Гарбузов В.И. Нервные дети: Советы врача. Л.: Медицина, 1990.
4. Захаров А.И. Классификация нервных нарушений у детей, их проявления и распространенность // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. СПб., 2002.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1985.
6. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). М.: ВЛАДОС, 1997.
7. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с нарушениями темпа развития // Дети с нарушениями развития: Хрестоматия. М., 1995.
8. Сафонова Т.Я., Фролова А.Д. Охрана здоровья детей // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. СПб.: ПИТЕР, 2002.

### *Дополнительная литература.*

1. Бадалян Л.О. Развивающийся мозг // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. СПб.: ПИТЕР, 2002.
2. Гарбузов В.И. Этиопатогенез и патогенетическая психотерапия психосоматических заболеваний // Дети с нарушениями развития: Хрестоматия. М., 1995.
3. Данилова Н.Н. Психофизиология. М., 1998.
4. Деятельность и взаимоотношения дошкольников / Под ред. Т.А.Репиной. М.: Педагогика, 1987.
5. Егорова Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. М., 1973.

6. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение, 1986.
7. Захаров А.И. Своеобразие психического развития детей // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. СПб.: ПИТЕР, 2002.
8. Иванов Е.С. Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. Спб, 2002.
9. Лебединский В.В. Общие закономерности психического дизонтогенеза // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. СПб.:ПИТЕР, 2002.
10. Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия. М.: Просвещение, 1991.
11. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
12. Мастюкова Е.М. Виды и причины отклонений в развитии // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. СПб., 2002.
13. Мастюкова Е.М. Основы психоневрологического понимания общего недоразвития речи // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. Спб., 2002.
14. Овчарова Р.В. Справочная книга школьного психолога. М., 1996.
15. Перселени Л.И. Механизмы нарушения восприятия у аномальных детей: Психофизиологическое исследование. М., 1984.
16. Скворцов И.А. Детские болезни растущего мозга // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. Спб.: ПИТЕР, 2002.
17. Слепович Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. М.: Педагогика, 1990.
18. Слепович Е.С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития. Минск, 1989.
19. Специальная педагогика / Под редакцией Н.М.Назаровой. М., 2000.
20. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. М.: Изд-во ГНОМ и Д, 2000.

21. Ульenkova У.В. Проблемы изучения и коррекции ЗПР у детей // Дети с нарушениями развития: Хрестоматия. М., 1995.

22. Шипицына Л.М. Интегрированное обучение детей с проблемами в развитии // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1995. №3.

23. Юркова И.А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. Спб., 2002.

Учебное издание

**Наталья Алексеевна Деревянкина**

**Психологические особенности дошкольников  
с задержкой психического развития**

Учебное пособие

Редактор Л.К.Шереметьева

ЛР № 020080 от 19.12.97

Подписано в печать 5.07.03. Формат 60х90 1/16.

Печ. л. 4,9. Тираж 100 экз. Заказ 490

Ярославский государственный педагогический  
университет им. К.Д. Ушинского

150000, Ярославль, ул. Республиканская, 108

Типография «Канцлер»