Теоретический анализ к подходу изучения детей с задержкой психического развития

Под термином “задержка психического развития” понимается отставание в психическом развитии, которое с одной стороны, требует специального коррекционного подхода к обучению ребенка, с другой – дает (как правило, при наличии этого специального подхода) возможность обучения ребенка по общей программе усвоения им государственного стандарта школьных знаний. Проявления задержки психического развития включают в себя и замедленное эмоционально-волевое созревание в виде того или иного варианта инфантилизма, и недостаточность, задержку развития познавательной деятельности, при этом проявления этого состояния могут быть разнообразные.

Первоначально проблему задержки психического развития в отечественных исследованиях обосновали клиницисты. Термин «задержка психического развития» предложен Г.Е. Сухаревой. Исследуемый феномен характеризуется прежде всего замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям отличающимися от олигофрении, с тенденцией к компенсации и обратному развитию. На этом основании Г.Е. Сухарева выделила шесть типов состояний, которые следует отделить от понятия «олигофрения»:

1) интеллектуальные нарушения, наблюдающиеся у детей с замедленным (или задержанным) темпом развития в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания;

2) интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;

3) нарушения интеллектуальной деятельности при различных формах инфантилизма;

4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;

5) интеллектуальные нарушения, наблюдаемые у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы;

6) интеллектуальные нарушения при прогредиентных нервно-психических заболеваниях.

Важным этапом в изучении детей с ЗПР стали исследования К.С. Лебединской и сотрудников ее лаборатории в 70— 80-е гг. Исходя из этиологического принципа, она выделила четыре основных варианта задержки психического развития, которые и сегодня используются наиболее продуктивно в оказании коррекционной помощи детям в специальных учреждениях:

1) задержка психического развития конституционального происхождения;

2) задержка психического развития соматогенного происхождения;

3) задержка психического развития психогенного происхождения;

4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

В качестве основного фактора формирования ЗПР в отечественной психологической литературе (М.И. Буянов, К.С. Лебединская) рассматривается семейный фактор, по существу совмещающий биологические и психологические детерминанты. Так, значительная часть детей с ЗПР воспитывается родителями, имеющими определенные умственные нарушения. Кроме того, отношения в таких семьях характеризуются высокой конфликтностью, эмоциональной нестабильностью, анархичностью воспитания. В таких семьях не исключается риск ранней алкоголизации детей. В условиях злоупотребления алкоголем одним или обоими родителями у ребенка не только возникает ЗПР, но и ускоряется данный процесс. В целом А.И. Захаров определяет следующие особенности родителей детей с ЗПР:

1) сенситивность как повышенная эмоциональная ранимость;

2) склонность фиксироваться на травмирующих переживаниях, относить к себе любое неприятное событие;

3) неуверенность в себе;

4) тревожность — непереносимость ожидания, неизвестности;

5) внутренняя конфликтность — противоречивость чувств и желаний;

6) моральный дискомфорт, психическая напряженность, проблемы самоконтроля;

7) эгоцентризм — сосредоточенность на своих переживаниях;

8) негибкость в поведении;

9) гиперсоциальность;

10) проблемы социально-психологической адаптации. [[1]](#footnote-1)

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

В специальных исследованиях используется понятие психического инфантилизма, под которым понимают вариант задержанного развития, проявляющегося в несвойственной возрасту незрелости физического и психического статуса, не сопровождающегося грубым нарушением интеллекта.

Время возникновения ЗПР связано, как правило, с ранними возрастными этапами, и возрастной фактор может скорее изменить характер и динамику ЗПР, усугубляя или же, наоборот, смягчая ее проявление.

Исходя из особенностей и противоречивости подросткового возраста, его роли в последующем развитии личности, ряд исследователей рассматривают специфику данного периода как условную возможность формирования аномалий развития (А.И. Захаров, В.В. Ковалев, И.С. Кон).

Роль пубертатного периода в ЗПР может быть различной — от преципитирующей (т. е. подталкивающей развитие), патопластической до причинной, этиопатогенетической. Выделение состояний, протекающих как ЗПР в пубертатный период, принципиально важно для более полного понимания возрастной динамики разных форм ЗПР.[[2]](#footnote-2)

Проблема задержки психического развития и трудностей в обучении осознается как одна из актуальных психолого-педагогических проблем психологами и педагогами всего мира. Вместе с тем изучение детей этой категории начато сравнительно недавно. Первым значительным исследованием в этой области была ставшая теперь классической монография А. Штрауса и Л. Летинен. В ней описывались важнейшие особенности детей с минимальными повреждениями мозга. В числе этих особенностей прежде всего назывались: стойкие трудности в учении (если эти дети обучаются в обычной школе), не вполне адекватное поведение и при этом во многих случаях достаточно высокие, сохранные интеллектуальные возможности. В качестве этиологического фактора указывалось слабо выраженное раннее поражение центральной нервной системы. А. Штраус и Л. Летинен отмечали как весьма важную характеристику относительно высокие, в пределах нормы, показатели по интеллектуальным тестам многих детей этой категории, хотя в тоже время такие дети испытывают очень большие трудности в учении.[[3]](#footnote-3)

В нашей стране первые попытки специальной педагогической работы с детьми с ЗПР были предприняты в конце 50-х – и начало 60-х годов в пределах небольших экспериментальных групп при Институте дефектологии АПН СССР, в которых такие дети, обучаясь в массовой школе, получали дополнительную подготовку. Но по большей части они, будучи направленными массовыми школами на отборочные комиссии, попадали во вспомогательные школы, что фактически закрывало им путь к дальнейшему развитию. Положение не могло быть иным, поскольку специальные школы или классы для детей этой категории отсутствовали вследствие слабой изученности подобных дефектов развития. В то время дети с ЗПР исследовались преимущественно в клиническом плане. Ведущее место занимала концепция, согласно которой задержка психического развития связывалась с различными формами психофизического и психического инфантилизма, а также с рано возникшими цереброастеническими состояниями. Психологическая характеристика давалась лишь на основе клинических и педагогических наблюдений, в которых у этих детей прежде всего отмечались трудности при овладении чтением, письмом, счетом, решением арифметических задач, недостаточность сенсомоторной координации, общая моторная неловкость, наличие гиперкинезов (или, наоборот, гипокинезия), импульсивность, эмоциональная неустойчивость, малый объем внимания, сильно выраженная отвлекаемость и быстрая утомляемость.

Неуспеваемость, особенно если она проявляется еще в начальных классах, существенно затрудняет овладение ребенком обязательной школьной программы. Именно в начальный период обучения у детей закладывается фундамент системы знаний, которые пополняются в дальнейшие годы, в это время формируются умственные и практические операции, действия и навыки, без которых невозможны последующие учение и практическая деятельность. Отсутствие этого фундамента, невладение этими знаниями и умениями приводят к чрезмерным трудностям в овладении программой средних классов, в результате такие дети нередко выпадают из обучения.

Причины неуспеваемости учащихся в массовой общеобразовательной школе рассматривались многими педагогами и психологами (М.А. Данилов, В.И. Зыков, Н.А. Менчинская, Т.А. Власова, М.С. Певзнер, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, А.А Смирнов, Л.С. Смирнов). В качестве таковых назывались: неподготовленность к школьному обучение, в крайней своей форме выступающая как социальная и педагогическая запущенность; соматическая ослабленность ребенка в результате длительных заболеваний в дошкольный период; дефекты речи, неисправленные в дошкольном возрасте, недостатки зрения и слуха; негативные взаимоотношения с одноклассниками и учителем.[[4]](#footnote-4)

Причины этой формы нарушения развития анализировались такими исследователями, как М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, М.Г. Рейдибойм, Т.А. Власова. Все они констатируют связь между ЗПР и резидуальными (остаточными) состояниями после перенесенных во внутриутробном развитии или во время родов, или в раннем детстве слабовыраженных органических повреждений центральной нервной системы, а также генетически обусловленной недостаточностью головного мозга. Слабо выраженная органическая недостаточность мозга ведет к значительному замедлению темпа развития, особенно сказывающемуся на психическом развитии детей. В результате к началу обучения в школе у таких детей оказывается несформированной готовность к школьному обучению. Последнее понятие включает физическую, физиологическую и психологическую готовность детей к осуществлению новой по отношению к периоду дошкольного детства деятельности.

Дети с ЗПР оказываются не готовыми к школьному обучению по всем этим параметрам. Запас знаний об окружающей их естественной и социальной среде у них крайне скуден, они не могут рассказать о свойствах и качествах предметов, даже часто встречающихся в их опыте; Умственные операции недостаточно сформированы, в частности они не умеют обобщать и абстрагировать признаки предметов; речевая активность очень низкая, словарь беден, высказывания односложны, а их грамматическое оформление неполноценно; интерес к учебной деятельности не выражен, познавательная направленность или не обнаруживается, или весьма слаба и нестойка, преобладает игровая мотивация; плохо развита произвольная регуляция поведения, в следствии чего детям трудно подчиниться требованиям учителя и выполнять школьный режим, что мешает нормальному осуществлению учебной деятельности. Трудности в обучении, связаны с неподготовленностью детей, усугубляются ослабленным функциональным состоянием их центральной нервной системы, ведущим к низкой работоспособности, быстрой утомляемости и легкой отвлекаемости.

Дальнейшие систематические исследования психологических особенностей детей с ЗПР, проводившиеся уже не только Институтом дефектологии, были в основном посвящены изучению познавательной деятельности, а именно некоторым особенностям их восприятия, памяти, мышления, речи, внимании, а также умственной работоспособности. Следует отметить, что изучение особенностей личности при задержке психического развития было начато совсем недавно.

Самые первые экспериментальные данные выявили, что всем детям с ЗПР свойственно снижение внимания и работоспособности, но, как показала Г.И. Жаренкова, снижение устойчивости внимания может иметь разный характер. У некоторых детей максимальное напряжение внимания наблюдается в начале выполнения задания, а по мере продолжения выполнения работы оно неуклонно снижается, у других сосредоточение внимания наступает лишь после осуществления некоторой деятельности. Для третьей группы детей характерна периодичность в сосредоточении внимания.[[5]](#footnote-5)

Т.В. Егорова обнаружила у детей с ЗПР низкую продуктивность и устойчивость памяти (особенно при значительной нагрузке), слабое развитие опосредованного запоминания, снижение при его осуществлении интеллектуальной активности. Подобное снижение еще более характерно для ситуации воспроизведения.

Сравнивая разные виды мышления, Т.В, Егорова пришла к выводу, что наибольшие затруднения вызывает у детей с задержкой психического развития выполнение заданий, требующих словесно-логического мышления. Наглядно-действенное мышление, напротив, оказывается нарушенным у таких детей в наименьшей степени.

В исследованиях Р.Д. Триггер, Н.А. Цыпиной, С.Г. Шевченко было показано, что речь детей с ЗПР также отличается от нормы. Словарь этих, особенно активный, значительно сужен, понятия недостаточно точны, а иногда и просто ошибочны. У таких детей затруднено формирование эмпирических и грамматических обобщений. Ряд грамматических категорий в их речи просто отсутствует. У детей этой группы часто встречаются дефекты произношения, им плохо дается звуковой анализ слова, они недостаточно владеют его звуковым образом. Все это значительно затрудняет обучение чтению и письму.

Клинические наблюдения и психологические исследования говорили о недостаточном развитии эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР. Некоторые клиницисты были склонны такое недоразвитие как важнейшую характеристику подобных детей. То, что поведение подростков с ЗПР не соответствовало возрасту, было незрелым, то есть то, что дети, будучи школьниками, как бы оставались на уровне игровой деятельности, поскольку учебная деятельность, не превращалась в ведущую, наблюдалось отставание в развитии мотивации и в отношении к окружающему, все это заставляло предполагать недоразвитие произвольных при относительно благополучном состоянии непроизвольных форм деятельности. Одновременно с клиницистами высказывалось предположение о первичной сохранности интеллекта у этих детей.

Дети с ЗПР не смотря на значительною вариабельность, характеризуются рядом признаков, позволяющих ограничить это состояние от педагогической запущенности, так и от олигофрении: они не имеют нарушений отдельных анализаторов, не являются умственно отсталыми, но в тоже время стойко не успевают в массовой школе вследствие полиморфной клинической симптоматики-незрелости сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушенной работоспособности. Патогенетической основой этих симптомов, как показывают исследования советских ученых, клиницистов и психологов, является перенесенное органическое заболевание центральной нервной системы (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединская).[[6]](#footnote-6)

Перенесенные ребенком органическое заболевание центральной нервной системы и оставшиеся его знаки (резидуальная органическая недостаточность ЦНС) служат патогенетической основой нарушения созревания тех или иных систем мозга, и в первую очередь лобных отделов. Впервые эту точку зрения высказала М.С. Певзнер. В более поздних исследованиях советских специалистов она получила подтверждение и развитие. Недостаточность отдельных корковых функций приводит к парциальному нарушению психического развития. Формирование познавательной деятельности ребенка. При парциальной дефективности мозга, однако, потенциальные возможности психического развития, в частности абстрагирующей и обобщающей функций интеллекта, могут быть более значительными, нежели у детей-олигофренов.

Наряду с затрудненным развитием познавательной деятельности у детей с ЗПР могут проявляться энцефалопатические синдромы-гиперактивность, импульсивность, а также тревоги и агрессии, что также свидетельствует об органической недостаточности центральной нервной системы. Вопрос о том, как связаны между собой расстройства интеллекта при ЗПР с расстройствами эмоционально-волевой регуляции, является дискуссионным. Так, М.С. Певзнер пишет: «Проведенный нами анализ, клинических факторов показал, что один из определяющих симптомов у детей с задержкой психического развития является недоразвитие эмоционально-волевой сферы, по типу инфантилизма». Тем не менее, автор, выделяя несколько классических вариантов инфантилизма (с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, при первично сохраненном интеллекте (наиболее легкая форма аномалии); с недоразвитием познавательной деятельности; с осложненными нейродинамическими нарушениями; с осложненным недоразвитием речевой функции), допускает, что главным и определяющим симптомом задержки в легкой степени может быть недоразвитие только эмоционально-волевой сферы. В этом случае интеллект детей первично сохранен.[[7]](#footnote-7)

Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер, Т.А. Власова, Е.С. Иванов и некоторые другие авторы считают, что церебральные астении, аффективная расположенность, психопатоподобные расстройства могут не только снижать работоспособность, усугубляя дефект познавательной деятельности при задержке психического развития, но и играть роль первопричины в возникновении ЗПР.

Е.С. Иванов при этом подчеркивает, что среди детей, страдающих астеническими состояниями в связи с функционально-динамическими нарушениями в центральной нервной системе, особое место занимают дети с вторичным инфантилизмом, входящие в особую группу с временными задержками психического развития. У большей части этих детей имеет место повышенная утомляемость, истощаемость, что проявляется в понижении работоспособности, быстрым выключением из деятельности, колебаниях внимания, вялости, пассивности. У некоторых детей, напротив, повышенная утомляемость и истощаемость проявляется в возбудимости, неуравновешенности, в двигательном беспокойстве, суетливости. Но как бы не проявлялись астенические состояния, чаще всего они снижают обучаемость ребенка, задерживают темп его психического развития.

Итак, стойкая задержка психического развития имеет органическую природу. В этой связи принципиальным является вопрос о причинах, обуславливающих данную форму патологии развития. Многие исследователи в качестве таких существенных проблем считают: патологию беременности (травмы беременной и плода, тяжелые интоксикации, токсикозы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и т. д.), врожденные болезни плода (сифилис и др.), недоношенность, асфиксию и родовые травмы, ранние (в первые 1-2 года жизни) постнатальные заболевания (дистрофирующие инфекционные заболевания - в первую очередь, желудочно-кишечные, мозговые травмы и некоторые другие).[[8]](#footnote-8)

Анализ зарубежных работ обнаруживает разные подходы к изучению ЗПР и к выработке адекватных диагностических методов. Поиск дифференцированных средств для определения форм ЗПР, осуществляемый Р. Заззо и его сотрудниками, направлен, в основном, на выделение различных психологических синдромов и их этиологии для групп детей с ЗПР.

По мнению Р. Заззо, до сих пор вопрос о ЗПР решался на основе либо только биологических, либо социальных факторов. Однако использование психологических критериев позволяет выделить специфические особенности дефекта у pразличных форм ЗПР. Р. Заззо выдвигает идею гетерохронии развития, согласно которой психические функции у детей с нарушением психического развития формируются не в едином темпе. И чем больше выражен дефект психического развития, тем больше расхождение между психическими функциями и психобиологическими возрастными показателями развития. Гетерохрония, согласно Р. Заззо, не приводит к грубой дисгармоничности развития ребенка, так как благодаря компенсаторным механизмам осуществляется своеобразное согласование личности и среды. Для определения характера ЗПР он указывает на необходимость сбора наиболее полной информации: данные о беременности матери, характеристика семейной обстановки, социально-экономический уровень семьи, моральное поведение родителей и отношения между ними.

А. Валлон указывал, что «нормальный ребенок открывается через больного». В характеристике развития, которая актуальна и сегодня, А. Валлон основную роль отводил эмоциям, аффективности. По его мнению, понимающий ребенок идет за чувствующим ребенком, познавательные и аффективные процессы интегрируются в ходе развития. Диагностировать по А. Валлону — значит не сравнивать ребенка с нарушением психического развития с нормально развивающимися детьми, а выделить нарушение нервной системы, определить его уровень, недостаточность интеграции и координации функциональных систем.

С возникновением генетической концепции психического развития ребенка психика стала рассматриваться как реконструируемая иерархическая структура, интегрирующая возникающие функции в новые неделимые функциональные системы, зависимые во многом от созревания центральной нервной системы (А. Валлон, Р. Заззо).

А. Валлоном выделены периоды психического развития с доминантой «определенных функциональных систем» и определенного типа взаимодействия ребенка с окружающей средой. Выдвинутые принципы зависимости актуальны в клинической диагностике при определении уровня нарушения, выявлении недостаточности интеграции и взаимоотношения функциональных физиологических систем на определенной стадии развития.[[9]](#footnote-9)

**Общие характеристики и особенности детей с задержкой психического развития**

Задержка психического развития (ЗПР)у детей является сложным нарушением, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности.

Задержка психического развитияотносится к “пограничной” форме нарушения развития ребенка. При ЗПР имеет место неравномерность формирования различных психических функций, типичным является сочетание как повреждения, так и недоразвития отдельных психических функций с сохранными. При этом глубина повреждений и/или степень незрелости может быть также различной.

Частичное (парциальное) нарушение высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка.

Причины ЗПР.

1. Биологические:

патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;

недоношенность;

асфиксия и травмы при родах;

заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребенка;

генетическая обусловленность.

2. Социальные:

длительное ограничение жизнедеятельности ребенка;

неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребенка.

Отмечаются также различные варианты сочетания нескольких факторов различного происхождения.[[10]](#footnote-10)

Классификация ЗПР.

В специальной литературе представлено несколько классификаций задержки психического развития.

В последнее время выделяют 4 основных типа ЗПР:

1. задержка психического развития конституционного генеза (наследственно обусловленный психический и психофизический инфантилизм).

Эмоционально-волевая сфера находится на более ранней стадии развития, которая не соответствует фактическому возрасту ребенка. Дети своим поведением напоминают детей более младшего возраста. У них наблюдается

- повышенный фон настроения

- игровые интересы. Эмоции у них яркие, однако, поверхностные и нестойкие.

Эти дети испытывают затруднения в обучении, связанные с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом. Эти дети не могут обучаться в обычной общеобразовательной массовой школе и нуждаются в коррекционно-развивающем обучении . Сегодня во многих массовых школах для обучения и развития таких детей- с зпр - создаются классы КРО . Обычно ученики классов КРО догоняют своих сверстников в течение начальной школы и в 5 классе могут обучаться с обычными детьми. В классах КРО они эмоционально и личностно развиваются при наличии специалистов. С ними работают логопед, психолог, дефектолог, и специальный педагог-дефектолог.

2. задержка психического развития соматогенного генеза (обусловлена инфекционными, соматическими заболеваниями ребенка или хроническими заболеваниями матери).

Обусловлено длительной соматической недостаточностью различного соматического происхождения.

- хроническими инфекциями

- аллергическими состояниями

- врожденными или приобретенными пороками развития соматической сферы (сердца, почек, легких и пр. )

- детскими неврозами

- астенией (слабостью)

Всё это может привести к снижению тонуса, нередко имеет задержки физического и эмоционального развития ( соматогенный инфантилизм , который, как правило,

обусловлен рядом невротических наслоений: неуверенность, боязливость , ощущение своей физической неполноценности и ограничений)

Такие дети, «домашние», - у них вследствие этого ограничивается круг общения, нарушаются межличностные отношения, которые мешают их социализации.

Эти дети требуют санаторных условий - условий отдых. сна, правильного режима питания, медикаментозного лечения.

3. задержка психического развития психогенного генеза (обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, частыми психотравмирующими ситуациями в жизни ребенка).

Связано с неблагополучными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка.

Что это за неблагополучные условия среды?

1) рано возникшие

2) длительно действующие

3) оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, Это может привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушениям вегетативных функций (нарушениям периферической сферы - ребенок краснеет, потеет), а затем - к нарушениям психических функций и. в первую очередь, эмоционального развития.

1. задержка психического развития церебрально-органического генеза (при этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциального нарушения ряда психических функций).

У этих детей - органические поражения мозга не разлитые, а очаговые, локальные и не вызывают стойкого нарушения познавательной деятельности – не приводят к умственной отсталости . Этот вариант зпр встречается наиболее часто - до 90%. В 90-е годы детей с зпр 4-го вида называли «дети с временной задержкой психического развития или минимальной задержкой пр» Для детей 4-го вида зпр характерно выраженное нарушение в эмоционально-волевой сфере и в познавательной деятельности. [[11]](#footnote-11)

Особенности проявления ЗПР.

Дети с задержкой психического развития являются наиболее сложными в диагностическом отношении, особенно на ранних этапах развития.

У детей с ЗПР в соматическом состоянии наблюдаются частые признаки задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста), запаздывает формирование ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

У этих детей отмечаются особенности эмоционально-волевой сферы (её незрелость) и стойкие нарушения в познавательной деятельности.

Эмоционально - волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей с ЗПР отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, характерны слабая воля и слабая заинтересованность в оценке их деятельности. Игра отличается бедностью воображения и творчества, монотонностью, однообразием. У этих детей низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости.

В познавательной деятельности наблюдаются: слабая память, неустойчивость внимания, медлительность психических процессов и их пониженная переключаемость. Для ребенка с ЗПР необходим более длительный период для приёма и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений.

Для детей с ЗПР характерны ограниченный (гораздо беднее, чем у нормально развивающихся детей того же возраста) запас общих сведений об окружающем, недостаточно сформированные пространственные и временные представления, бедный словарный запас, несформированность навыков интеллектуальной деятельности.

Незрелость функционального состояния ЦНС служит одной из причин того, что дети с ЗПР не готовы к школьному обучению к 7 годам. У них к этому времени, как правило, не сформированы основные мыслительные операции, они не умеют ориентироваться в заданиях, не планируют свою деятельность. Такой ребенок с трудом овладевает навыками чтения и письма, часто смешивает буквы, сходные по начертанию, испытывает трудности при самостоятельном написании текста.

В условиях массовой школы дети с ЗПР, естественно, попадают в категорию стабильно неуспевающих учеников, что ещё больше травмирует их психику и вызывает негативное отношение к обучению. Это в ряде случаев приводит к конфликту между школой и семьёй ребенка. В данной ситуации особенно важно вовремя направить ребенка с такими проблемами на психолого-медико-педагогическую комиссию с целью проведения квалифицированной диагностики.

Приведём лишь основные сравнительные характеристики, которые помогают специалистам отличить детей с ЗПР от нормально развивающихся детей и от детей с умственной отсталостью. Наиболее характерная особенность этих детей – несоответствие между уровнем наглядно действенных операций и словесно-логического мышления. Все задания, которые требуют привлечения логического мышления и объяснения, выполняются ими значительно хуже, чем нормально развивающимися детьми. При выполнении того же задания по наглядному образцу качество его выполнения улучшается, и ребенок с ЗПР показывает более высокий уровень мыслительной деятельности, чем ребенок с умственной отсталостью. Например, при выполнении задания на классификацию, правильно сгруппировав предметы по родовой принадлежности, они часто не могут назвать эту группу соответствующим понятием, не могут объяснить принцип, по которому объединили их.

В практической психологии факт появления задержки психического развития часто связывается с отрицательным воздействием школы, учителей, вводится понятие психологическая запущенность. Основным психотравмирующим фактором считается сама система обучения (И.В. Дубровина). В такой ситуации, когда личность ученика рассматривается в качестве обучаемого объекта, возможны различного рода дидактогении. Можно говорить о предрасположенности некоторых детей к педагогическим воздействиям и об их специфическом развитии. Любое педагогическое воздействие, не учитывающее индивидуальных особенностей личности ребенка, может стать непосредственной причиной ЗПР. Практика показывает, что нередко плохая успеваемость учащегося отождествляется с задержкой его психического развития. В итоге деформированного педагогического воздействия возникают состояния ЗПР, поэтому нельзя игнорировать и роль «школьного фактора».

Согласно исследованиям Т.А. Власовой, стойкость ЗПР зависит, во-первых, от периода воздействия детерминирующего фактора и, во-вторых, от его качественной характеристики. Эти данные необходимо учитывать при определении приоритетов формирования ЗПР.[[12]](#footnote-12)

Особый вопрос в проблеме ЗПР, отмеченный Т.А. Власовой, состоит в прогностической неоднородности. Экспериментальные данные различают следующие варианты прогнозов:

1) постепенное улучшение развития;

2) та же динамика, прерываемая возрастными кризисами;

3) развитие стойкого негрубого дефекта;

4) регресс формирования состояния.

Каждый вариант прогноза определен интенсивностью и длительностью воздействия формирующих факторов. Дети с ЗПР представляют собой неоднородную группу по уровню психофизиологического развития. У обследованных детей с ЗПР, как правило, проявляются следующие синдромы:

1) синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ);

2) синдром психического инфантилизма;

3) церебрастенический синдром;

4) психоорганический синдром.

Перечисленные синдромы могут встречаться как изолированно, так и в разных комбинациях.

Учитывая тот факт, что у детей с ЗПР регистрируются изменения нейрофизиологического развития структурно-функциональной организации мозга, следует сказать, что у таких детей существуют объективные основания для нарушений психического развития.[[13]](#footnote-13)

**Синдром СДВГ.** Основным проявлением этого синдрома является расстройство внимания. В качестве базовой причины СДВГ называют расстройство деятельности ЦНС, которое может быть вызвано генетическими или средовыми факторами.

В проявлениях этого синдрома у детей сочетаются: ослабление направленного внимания, снижение концентрации и сосредоточенности, повышение неустойчивости и отвлекаемости внимания с выраженными изменениями поведения, двигательной расторможенностью, нескоординированностыо процессов возбуждения и торможения. Сочетание расстройств внимания и гиперкинетических расстройств приводит к выраженной школьной и даже общесоциальной дезадаптации таких детей.

**Синдром психического инфантилизма.** При психическом инфантилизме эмоциональная сфера детей находится на более ранней стадии развития. Эмоции у ребенка яркие, преобладает мотив получения удовольствия. Причины проявлений инфантилизма связаны с замедленным созреванием лобно-диэнце-фальных систем мозга, более медленным развитием структур левого полушария, что проявляется также и в интеллектуальном недоразвитии, а именно в преобладании наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, замедленности формирования абстрактно-логического мышления.

Основными проявлениями синдрома психического инфантилизма являются: неадекватная самооценка, несформированность мотивационной сферы, проявляющаяся в невозможности соподчинения мотивов, желаний; нескоординированность эмоциональных процессов. Эмоциональная незрелость характеризуется отсутствием или недостаточностью эмоциональных реакций. Для детей этой категории характерна также незрелость психомоторики, проявляющаяся в несформированности тонких движений.

**Церебрастенический синдром**. У детей с этим синдромом регистрируются повышение внутричерепного давления, неврологические расстройства, нарушение функций вегетативной системы (обмена веществ), расстройство сна и т. д. Разбалансированность процессов на психическом уровне проявляется в перепадах и резкой смене настроения ребенка, неустойчивости эмоционального тонуса.

В психической сфере этот синдром проявляется, прежде всего, в выраженной и избыточной переутомляемости, особенно при умственных нагрузках. Ребенок объективно может выдерживать умственное напряжение ограниченное время. Быстрое наступление переутомления, в свою очередь, ведет к истощению нервной системы, вследствие чего и возникают неврологические и вегетативные нарушения.

Процесс обучения детей с синдромом церебрастении предполагает дозированность учебных нагрузок, снижение темпа освоения учебного материала.

**Психоорганический синдром**. Связан с поражениями структур головного мозга: лобной части, центральной, височной, височно-теменной или затылочной областей. Чем раньше возникли нарушения головного мозга, тем глубже дефект психического развития и тем более комбинаторными будут его проявления. При психоорганическом синдроме наиболее выраженными являются нарушения центральной и периферической нервной системы, что в психической сфере проявляется в инертности и медлительности интеллектуальной деятельности, двигательной разбалансированности, эмоциональной нестабильности. Волевая регуляция состояний формируется с заметным отставанием и нарушениями.

Таким образом, задержка психического развития может рассматриваться как полисимптоматичный тип изменения темпа и характера развития ребенка, включающий различные комбинации нарушений и их проявлений.

Тем не менее, в психическом статусе ребенка с ЗПР можно выделить ряд существенных особенностей:

1) в сенсорно-перцептивной сфере — незрелость различных систем анализаторов (особенно слуховой и зрительной), неполноценность зрительно-пространственной ориентированности;

2) в психомоторной сфере — разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движения;

3) в мыслительной сфере — преобладание более простых мыслительных операций (анализ и синтез), снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления;

4) в мнемической сфере — преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания — над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к непроизвольному запоминанию;

5) в речевом развитии — ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;

6) в эмоционально-волевой сфере — незрелость эмоционально-волевой деятельности, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов;

7) в мотивационной сфере — преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов;

8) в характерологической сфере — усиление вероятности акцентуирования характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений.[[14]](#footnote-14)

**Характеристика эмоциональной сферы подростков с ЗПР**

Дети с ЗПР испытывают затруднения в вербализации своих эмоций, состояний, настроения. Как правило, они не могут дать четкий и понятный сигнал о наступлении усталости, о нежелании выполнять задание, о дискомфорте и др. Это может происходить по нескольким причинам:

а) недостаточный опыт распознавания собственных эмоциональных переживаний не позволяет ребенку «узнать» состояние;

б) имеющийся у большинства детей с ЗПР негативный опыт взаимодействия со взрослым препятствует прямому и открытому переживанию своего настроения;

в) в тех случаях, когда собственное негативное переживание осознается и ребенок готов о нем сказать, часто ему не хватает для этого словарного запаса и элементарного умения формулировать свои мысли;

г) наконец, многие дети с ЗПР, особенно обусловленной педагогической запущенностью, развиваются вне культуры человеческих отношений и не имеют каких бы то ни было образцов эффективного информирования другого человека о своих переживаниях. Нормально развивающимся детям также свойственно недостаточное умение вербализовать свои переживания. Но у детей с ЗПР эта недостаточность выражена в еще большей степени.

Экспериментатору необходимо внимательно наблюдать за ребенком, его жестами, мимикой, позой, интонациями. Для этого психолог должен располагаться так, чтобы хорошо видеть ребенка. Желательно, чтобы лицо экспериментатора находилось на том же уровне, что и лицо испытуемого. Это не только поможет своевременно зафиксировать изменения, происходящие с ребенком, но и снимет ситуацию «доминирования», так как взрослый не будет «нависать» над ребенком. Правильное расположение психолога особенно важно при использовании метода цветовых выборов (МЦВ), поскольку эта диагностическая процедура не предполагает вербальных способов проверки «случайности/неслучайности» выбора. Рекомендуется также сидеть рядом с ребенком, а не напротив него. В ходе первого этапа диагностики обнаружилось, что расположение напротив у многих детей вызывает чувство дискомфорта и увеличивает напряжение, что автоматически актуализирует отрицательные установки на взрослого. Одна девочка в такой ситуации прямо заявила экспериментатору, что он похож на «злого льва, который хочет всех сожрать». При этом она проявляла сильные признаки беспокойства. В силу более высокой тревожности детей с ЗПР необходимо больше времени для установления контакта, чем с нормально развивающимися детьми.

2. Детям с ЗПР свойственна низкая степень устойчивости внимания, поэтому необходимо специально организовывать и направлять внимание детей.

3. Они нуждаются в большем количестве проб, чтобы освоить способ деятельности и войти в ситуацию диагностики.

4. Задержка речевого развития часто является причиной того, что интуитивное понимание не всегда сопровождается адекватной вербализацией ребенком понимаемого, а в ряде случаев вербальное и невербальное поведение одного и того же ребенка существует как бы независимо друг от друга. Например, Кристина С., показывая на двух «злых» персонажей, заявила: «Я его боюсь». На прямой вопрос экспериментатора: «Ты боишься его потому, что он злой?» — девочка ответила: «Нет, он не злой».

5. Интеллектуальная недостаточность этих детей проявляется в том, что сложные инструкции им недоступны. Необходимо дробить задание на короткие отрезки и предъявлять ребенку поэтапно, формулируя задачу предельно четко и конкретно. Например, вместо инструкции «Составь рассказ по картинке» целесообразно сказать следующее: «Посмотри на эту картинку. Кто здесь нарисован? Что они делают? Что с ними происходит? Расскажи».

6. Высокая степень истощаемости детей с ЗПР может принимать форму как утомления, так и излишнего возбуждения. В любом случае происходит быстрая потеря интереса к работе и снижение работоспособности. Дети с ЗПР менее способны к мобилизации сил, чем нормально развивающиеся. Кроме того, такая мобилизация может привести к еще большему истощению. Поэтому нежелательно принуждать ребенка продолжать деятельность после наступления утомления. Однако многие дети с ЗПР легкой формы склонны манипулировать взрослыми, используя собственную утомляемость как предлог для избегания ситуаций, требующих от них произвольного поведения, целенаправленности, целесообразности действий, применения волевых усилий. От экспериментатора требуется известная доля проницательности и разумной настойчивости, чтобы отличить «симулянта» от действительно утомленного ребенка. С целью предотвращения излишнего утомления необходимо заранее разделить процедуру исследования на более или менее самостоятельные задания. Чтобы усталость не закрепилась у ребенка как негативный итог общения с психологом, обязательна церемония «прощания» с демонстрацией важного положительного итога работы. Это может быть фраза: «Смотри, сколько я сегодня про тебя написала — целую страницу!» Или: «Ты сегодня очень хорошо рассказывал, мне понравилось, я тебя снова приглашу. Ты согласен?» и т.п. В среднем длительность одного этапа диагностической процедуры для одного ребенка не превышала 10 минут.

7. В отличие от нормально развивающихся дошкольников, которые любят заниматься и часто сами просят «дать им задание», дети с ЗПР интереса к учебным занятиям почти не проявляют. Некоторые прямо заявляют: «Я не люблю заниматься!» Поэтому для ребенка с ЗПР нецелесообразно представлять диагностическую процедуру как занятие или испытание. Желательно предлагать это как игру. Очень успешным оказался опыт предъявления диагностических заданий в качестве попытки лучше узнать ребенка. Фразы вроде «Мне очень нравится с тобой разговаривать», «Мне сказали, что только ты можешь мне помочь», «Я собираюсь написать про тебя книгу» воспринимаются детьми с ЗПР некритично и, как правило, приводят к тому, что ребенок начинает сам стремиться к установлению контакта с экспериментатором. Возможным объяснением этой особенности детей с ЗПР является тот факт, что большинство из них живут в условиях дефицита родительского тепла и любое проявление искреннего интереса к личности такого ребенка ценится им особенно высоко, так как оказывается одним из немногих источников чувства собственной значимости, необходимого для формирования позитивного восприятия себя и других.[[15]](#footnote-15)

Интенсивное и многоплановое изучение ЗПР в последующие годы способствовало получению ценных научных данных, и результаты этих исследований показали, что неуспевающие учащиеся младших, средних и старших классов, по своему составу разнородны. У них разные причины возникновения неуспеваемости, различны психологические особенности ее проявления, так же возможность компенсации негативных тенденций психического развития. И при изучении детей 6 – 8 лет, эти возможности необходимо учитывать, прежде всего, для профилактики и коррекции.

Дети с ЗПР, несмотря на значительные варианты, характеризуются рядом признаков, позволяющих ограничить это состояние, как от педагогической запущенности, так и от олигофрении: они не имеют нарушений отдельных анализаторов, не являются умственно отсталыми, но в тоже время стойко не успевают в массовой школе вследствии полиморфной клинической симптоматике – незрелости сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушения работоспособности. Патологической основой этих симптомов, как показывают исследования советских ученых, клиницистов и психологов, являются перенесенное органическое заболевание ЦНС. (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский и др.). Перенесенное ребенком органическое заболевание ЦНС и оставшиеся его знаки (резидуальная органическая недостаточность ЦНС) служат патологической основой нарушения созревания тех или иных систем мозга, в первую очередь, лобных отделов.

Впервые эту точку зрения высказала Н.С. Певзнер (Дети с отклонениями …, 1966). В более поздних исследованиях советских специалистов она получила подтверждение развитие. Недостаточность корковых функций приводит к парциальному нарушению психического развития, нарушению формирования познавательной деятельности. При парциальной дефективности деятельности мозга, однако, потенциальные возможности психического развития, абстрагирующей и обобщающей функций мышления, могут быть более значимыми, нежели, на пример, у детей олигофренов, Но нас в большей степени интересует эмоционально – волевая сфера, ее проявления у детей с ЗПР. Наряду с затрудненным развитием познавательной деятельности могут проявляться энцефалопатические синдромы – гиперактивность, импульсивность, а так же тревога, агрессия и т. п., что так же свидетельствует об органической недостаточности ЦНС. Исследования, проводимые М.С. Певзнер, показали, одним из определяющих симптомов у детей с ЗПР является недоразвитие эмоционально – волевой сферы, инфантилизма. Соотношение этого симптома с другими дает основание для выделения отдельных клинических вариантов задержек развития.

Первая форма задержки развития характеризуется лишь недоразвитием эмоционально – волевой сферы в сочетании с достаточным уровнем развития познавательной деятельности и речевой функции. При второй форме имеется сочетание недоразвития познавательной деятельности.

При третьей форме психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности осложняется еще и нейродинамическими нарушениями. Четвертая форма характеризуется сочетанием недоразвития эмоционально – волевой сфера и познавательной деятельности с недоразвитием речевой функции, такую классификацию представляет У.В. Ульянова. Другие авторы полагают, что в ЗПР определяющим симптомом может быть только эмоционально – волевая сфера и том случае интеллект частично сохранен. Т.Е. Сухарева, М.С. Певзнер, Т.А. Власова, Е.С. Иванов и другие авторы считают, что церебральные астении, аффективная расположенность, психоподобные расстройства могут не только снижать работоспособность, углубляя дефект познавательной деятельности при ЗПР, но и играть роль первопричины в возникновении ЗПР.

Итак, стойкая задержка психического развития имеет органическую природу. Многими авторами выделяются существенные причины возникновения этой патологии, сюда относят: патологию беременности, врожденные болезни, травмы, недоношенность, асфиксию, ранние постнатальные заболевания. Ряд авторов (К.С. Лебединская, И.Ф. Марковская, Т.И. Самодумская и др.) предполагают, что у детей с ЗПР в первую очередь нарушаются интеллектуальные функции, ущербность эмоциональной сферы, а также и физическую незрелость, что в свою очередь осложняет тяжесть состояния ребенка.

Располагая определенными научными сведениями о клинический особенностей детей с ЗПР, исследователи выделяют ряд вариантов этого состояния. Психический инфантилизм (эмоционально – незрелые дети), астенические состояния (длительно текущие) представляют собой наиболее легкие формы. Дети с ЗПР этих форм, могут иметь первичное нарушение (или снижение в ранние сроки постнатального развития) прежде всего темпа формирования, эмоционально – волевой реакции, а на этой основе малую работоспособность, быструю истощаемость, аритмию памяти, внимания, не критичность. Эти особенности психики не могут не влиять негативным образом на обучаемость детей. Такие дети обучаемы в массовых школах, но при индивидуальной педагогической помощи.[[16]](#footnote-16)

ЗПР, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, связанным с дефицитностью отдельных корковых функций (эти дети, как правило, имеют дефектную основу для развития и интеллектуальной, и эмоционально – волевой сферы, а также для нейрофизиологического и часто соматического развития), представляет наиболее тяжелую форму ее форму. Обучаются в специальных школах для детей с ЗПР.

Педагогически запущенных детей к категории ЗПР отечественные дифектологи не относят, хотя признают, что длительный дефицит информации, отсутствие психической стимуляции в сенситивные периоды может привести ребенка к снижению потенциальных возможностей развития. Такие дети также обучаются в массовых школах. Г.Е. Сухарева, выделяет термин “психическая неустойчивость”, под которым понимает проявление безвольности, слабоволия, повышенно – внушаемости, подростков с неустойчивым поведением и т.д. И характеризует детей с ЗПР, главным образом, недостаточной зрелостью аффективно – волевой сферы. Анализируя динамику развития неустойчивых личностей, Г.Е. Сухарева, подчеркивает, что их социальная адаптация больше зависит от влияния окружающей среды, чем от них самих. С одной стороны – они повышенно – внушаемы и импульсивны, а с другой – полюс незрелости высших форм волевой деятельности, неспособность к выработке устойчивого социально – одобряемого жизненного стереотипа к преодолению трудностей, склонность идти по пути наименьшего сопротивления, невыработонность собственный запретов, подверженность отрицательным внешним влияниям. Все эти критерии характеризуют низкий уровень критичности, незрелость, неспособность адекватно оценить ситуацию, а вследствие этого у детей с ЗПР не возникает тревожности.

Также Г.Е. Сухарева, использует термин “психическая неустойчивость” применительно к нарушениям поведения у подростков, понимая под этим отсутствие сформированности собственной линии поведения из-за повышенной внушаемости, склонности руководствоваться в поступках эмоцией удовольствия, неспособности к волевому усилию, систематической трудовой деятельности, стойким привязанностям и вторично, в связи с перечисленными особенностями – сексуальную не зрелость личности, проявляется в слабости и неустойчивости морально нравственных установок. Проведенное Г.Е. Сухаревой, исследование подростков с нарушениями аффективной сферы по типу психическая неустойчивость, позволило сделать следующие выводы: такие подростки характеризуются моральной незрелостью, отсутствием чувства долга, ответственности, неспособности тормозить свои желания, подчиняться школьной дисциплине и повышенной внушаемостью и неправильным формам поведения окружающих.

Подводя итог можно сделать следующие выводы. Подростки с ЗПР характеризуются нарушениями поведения по типу психической неустойчивости расторможенности влечений.

Подростков с такими видами нарушений поведения отличают черты эмоционально - волевой незрелости, недостаточное чувств долга, ответственности, волевых установок, выраженных интеллектуальных интересов, отсутствие чувства дистанции, инфантильная бравада исправленным поведением.[[17]](#footnote-17)

Эмоциональная поверхность легко приводит к конфликтным ситуациям, в разрешении которых недостает самоконтроля и самоанализа. Наблюдается беспечность в отношениях, вследствие отрицательных поступков, недооценка драматичности, сложности ситуации. Подростки могут легко давать обещания и легко забывать о них. У них отсутствуют переживания при неудачах в учебе. А слабость учебных интересов выливается в дворовые игры, потребность в движении и физической разрядке. Мальчики часто склонны к раздражительности, девочки - к слезам. И те, и другие склонны ко лжи, которая опережает незрелые формы самоутверждения. Инфантильность, присущая этой группе подростков часто окрашена чертами церебро – органической недостаточности, двигательной расторможенностью, назойливостью, эйфорическим оттенком повышенного настроения, аффективными вспышками, сопровождающимися ярким вегетативным компонентом, с нередко последующей головной болью, низкой работоспособностью, выраженной утомленностью.

Также таких подростков отличает завышенная самооценка, при низком уровне тревожности, неадекватный уровень притязаний - слабость реакции на неуспехи, преувеличение удачности.

Таким образом, для этой группы подростков характерно отсутствие учебной мотивации, а непризнание авторитетов взрослых сочетается с односторонней житейской зрелостью, соответственной переориентации интересов на образ жизни, адекватной старшему возрасту.

Развитие и коррекция недостатков эмоционально-волевой сферы и формирующейся личности предполагает:

- развитие и тренировку механизмов обеспечивающих адаптацию ребенка к новым социальным условиям;

- профилактику и устранение встречающихся аффективных, негативистских, аутистических проявлений, других отклонений в поведении;

- развитие социальных эмоций;

- создание условий для развития самосознания и самооценки;

- формирование способности к волевым усилиям, произвольной регуляции поведения;

- предупреждение и преодоление негативных черт личности и формирующегося характера.[[18]](#footnote-18)

1. «Клиническая характеристика детей с ЗПР»; Составители: Доктор психологических наук Т.А. Власова, кандидат психологических наук К.С. Лебединская и В.Ф. Мачихина [↑](#footnote-ref-1)
2. К. С. Лебединская (Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя / Сост.: Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. - М.: Просвещение, 1983. [↑](#footnote-ref-2)
3. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учеб. Пособие. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004. – 136с. [↑](#footnote-ref-3)
4. Маляр А.Р. – Помощь детям с недостатками развития – М.: АРКТИ, 2006. – 72с. [↑](#footnote-ref-4)
5. Хрестоматия: «Дети с ограниченными проблемами: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании»: - М.: 1995. – 426с [↑](#footnote-ref-5)
6. К. С. Лебединская (Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя / Сост.: Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. - М.: Просвещение, 1983. [↑](#footnote-ref-6)
7. Т. А. Власовой и Н. С. Певзнер “О детях с отклонениями в развитии”. – Учеб. Пособие. М.- 1987 [↑](#footnote-ref-7)
8. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учеб. Пособие. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004. – 136с. [↑](#footnote-ref-8)
9. «Клиническая характеристика детей с ЗПР»; Составители: Доктор психологических наук Т.А. Власова, кандидат психологических наук К.С. Лебединская и В.Ф. Мачихина. - 1993 [↑](#footnote-ref-9)
10. К. С. Лебединская (Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя / Сост.: Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. - М.: Просвещение, 1983. [↑](#footnote-ref-10)
11. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учеб. Пособие. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004. – 136с. [↑](#footnote-ref-11)
12. «Клиническая характеристика детей с ЗПР»; Составители: Доктор психологических наук Т.А. Власова, кандидат психологических наук К.С. Лебединская и В.Ф. Мачихина. - 1993 [↑](#footnote-ref-12)
13. Хрестоматия: «Дети с ограниченными проблемами: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании»: - М.: 1995. – 426с [↑](#footnote-ref-13)
14. «Клиническая характеристика детей с ЗПР»; Составители: Доктор психологических наук Т.А. Власова, кандидат психологических наук К.С. Лебединская и В.Ф. Мачихина. - 1993 [↑](#footnote-ref-14)
15. Т. А. Власовой и Н. С. Певзнер “О детях с отклонениями в развитии”. – Учеб. Пособие. М.- 1987 [↑](#footnote-ref-15)
16. К. С. Лебединская (Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя / Сост.: Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. - М.: Просвещение, 1983 [↑](#footnote-ref-16)
17. Хрестоматия: «Дети с ограниченными проблемами: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании»: - М.: 1995. – 426с [↑](#footnote-ref-17)
18. Возрастная психология. Краткий курс. – СПб.:Питер,2008 [↑](#footnote-ref-18)