

Задержка психического развития (ЗПР)



В настоящее время в отечественной детской психиатрии наиболее широко используется термин «задержка психического развития» (ЗПР), предложенный Г.Е. Сухаревой

В современной англоязычной литературе наиболее часто можно встретить следующие термины: общая задержка развития (global developmental delay), отставание развития (developmental retardation), недостаточность развития (developmental disability), речевая/ языковая задержка (speech/language delay).

По данным О.А. Сергеевой и соавт. на 2015 г., ЗПР наблюдается у 25% детского населения.

Большинство Европейский и Американских источников указывает, что распространенность ЗПР составляет 23% детей.

Первой фундаментальной публикацией о таких детях была монография **А. Штрауса и Л. Летинен «Психопатология и обучение ребенка с повреждением мозга»**, вышедшая в США в 1947 г., где описываются особенности таких детей.

Выделив детей, испытывающих трудности в обучении и изучив их истории развития, а также неврологический статус, Штраус и Летинен выявили у них наличие остаточных явлений слабо выраженных органических повреждений мозга на ранних этапах развития, которые, как можно было предположить, и являются причинами их трудностей. Они характеризовали их как детей с минимальными повреждениями мозга.

В нашей стране в 50-60 годах 20 века эта проблема приобрела особую значимость, в результате чего под руководством М.С. Певзнер, ученицы Л.С.Выготского, было начато разностороннее исследование причин неуспеваемости.

Работа **М.С.Певзнер «Дети с отклонениями в развитии: отграничение олигофрении от сходных состояний»** (1966) и книга **«Учителю о детях с отклонениями в развитии»**, написанная совместно с **Т.А.Власовой** (1967), являются первыми в ряде публикаций, посвященных изучению и коррекции ЗПР.

В середине 60-х годов институт дефектологии возглавил исследования по

ЗПР- это специфические расстройства учебной деятельности и поведения

F81 Специфические расстройства развития учебных навыков

F81.0 Специфическое расстройство чтения F81.1

Специфическое расстройство спеллингования F81.2

Специфическое расстройство арифметических навыков

F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков

F81.8 Другие расстройства развития учебных навыков

F81.9 Расстройство развития учебных навыков

F84.8 Др. общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития неуточненные

Задержка психического развития относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. В целом для данного состояния являются характерными гетерохронность и гетерогенность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий.

Это означает, что неравномерность проявления отставания в развитии прослеживается как в том, что у одного ребенка может быть более выражено отставание в формировании одних функций или процессов, а у другого – других, так и в том, что одни функции формируются с большим опозданием, а другие – с меньшим, приближаясь к срокам формирования, наблюдаемым у нормально развивающегося ребенка, или совпадая с ними.

У детей с ЗПР проявляются следующие синдромы:

- **синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).**

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, нескоординированность процессов возбуждения и торможения.

- **синдром психического инфантилизма.**

Основные проявления синдрома: неадекватная самооценка, несформированность мотивационной сферы, проявляющаяся в невозможности соподчинения мотивов, желаний; нескоординированность эмоциональных процессов

Церебрастенический синдром.

Характеризуется низкой устойчивостью нервной системы к умственной и физической нагрузке. Церебрастенические расстройства могут возникать при различных нарушениях мозговой деятельности, чаще всего - при гипертензионно-гидроцефальном синдроме (повышении внутричерепного давления). Для таких детей характерны моторная неловкость, нарушения мелкой моторики. Неустойчивый эмоциональный тонус, характерна резкая смена настроения, плаксивость, склонность к апатии.

Психоорганический синдром.

Проявляется в виде вялости, замедленности любой деятельности, слабости побуждений, инертности. У некоторых детей инертность и медлительность умственной деятельности сосуществует с двигательной расторможенностью. Проявиться психоорганический синдром может в психомоторной расторможенности и нарушении целенаправленной деятельности

Этиология.

Причины биологического характера.

Причины социально-психологического характера.

К причинам *биологического характера* относятся:

- недоношенность;
- родовые травмы;
- различные варианты патологии беременности (тяжелые интоксикации и т.д.);
- различные соматические заболевания (грипп, хронические болезни, туберкулез и т.д.);
- инфекционные, эндокринные заболевания матери;
- механические травмы;
- нейроинфекции;
- мозговые травмы (нетяжелые) и т.д.

Они отмечаются в анамнезе у 60-72%
детей с ЗПР

Среди причин **социально-психологического характера** выделяют следующие:

- ранний отрыв ребенка от матери и воспитание в полной изоляции, в условиях полной социальной депривации;
- дефицит полноценной, соответствующей возрасту деятельности: предметной, игровой, общение с взрослыми и т. д.
- искаженные условия воспитания ребенка в семье (гипоопека, гиперопека, авторитарный тип воспитания).

Исследования в отношении значимости различных факторов, влияющих на формирование ЗПР, проведенные М.В. Злоказовой, показали, что чаще всего этиология задержки психического развития имеет многофакторный характер со значительным влиянием наследственности, перинатальной патологии и социальных факторов.

Пренатальный и перинатальный период.

Степень патогенности неблагоприятного фактора зависит от его специфики, интенсивности, остроты, темпа, времени воздействия и стадии развития плода. Наиболее значимы экзогении, действующие в первый триместр беременности, а также генетический фактор.

По результатам исследования, проведенного P. Stankiewicz и A.L. Beaudet , микроматричный хромосомный анализ подтвердил наличие хромосомной патологии в 17% случаев расстройств развития неуточненного генеза. По данным Milleretal из 21698 детей с нарушениями развития хромосомные аномалии были подтверждены у 20% обследуемых.

Среди **постнатальных факторов риска** наиболее часто упоминаются такие как нейроинфекции, сепсис, нарушения питания, тяжелые инфекционные заболевания на первых годах жизни и т.д. Однако, на их долю приходится лишь небольшая часть детей с ЗПР.

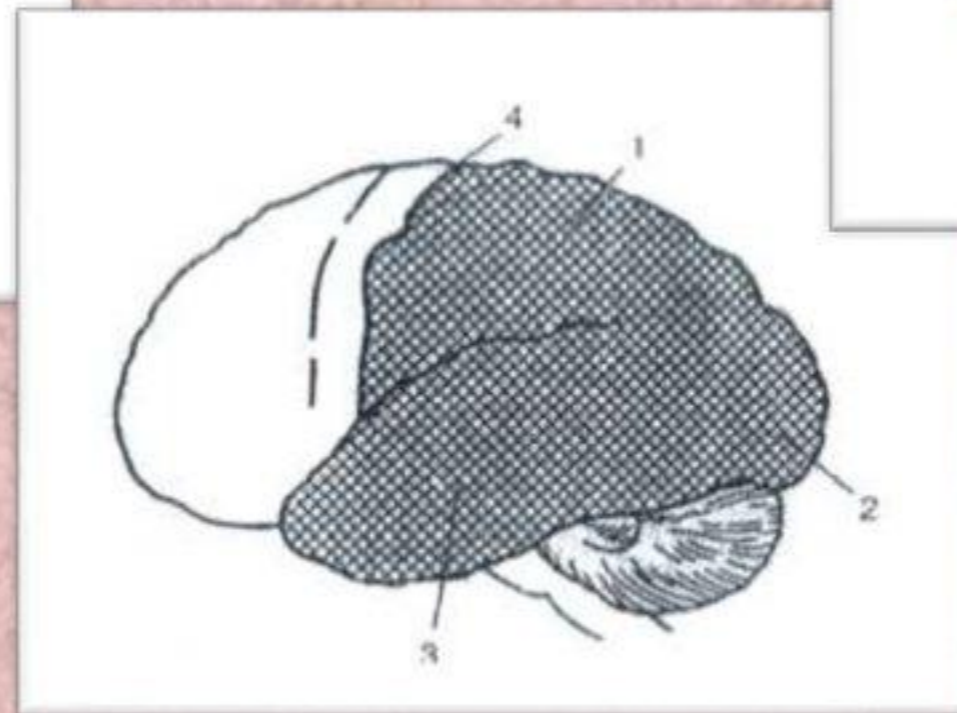
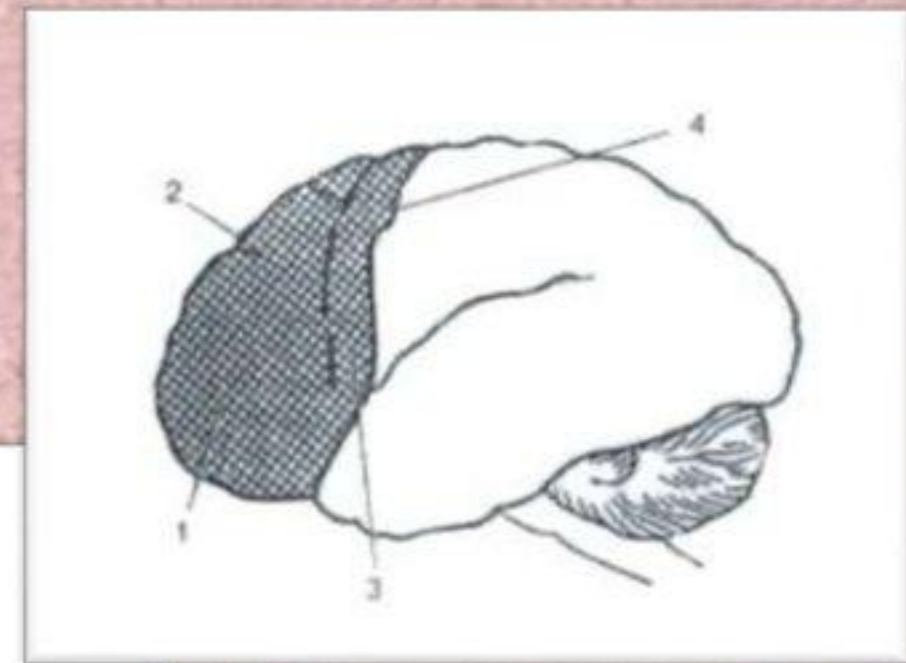
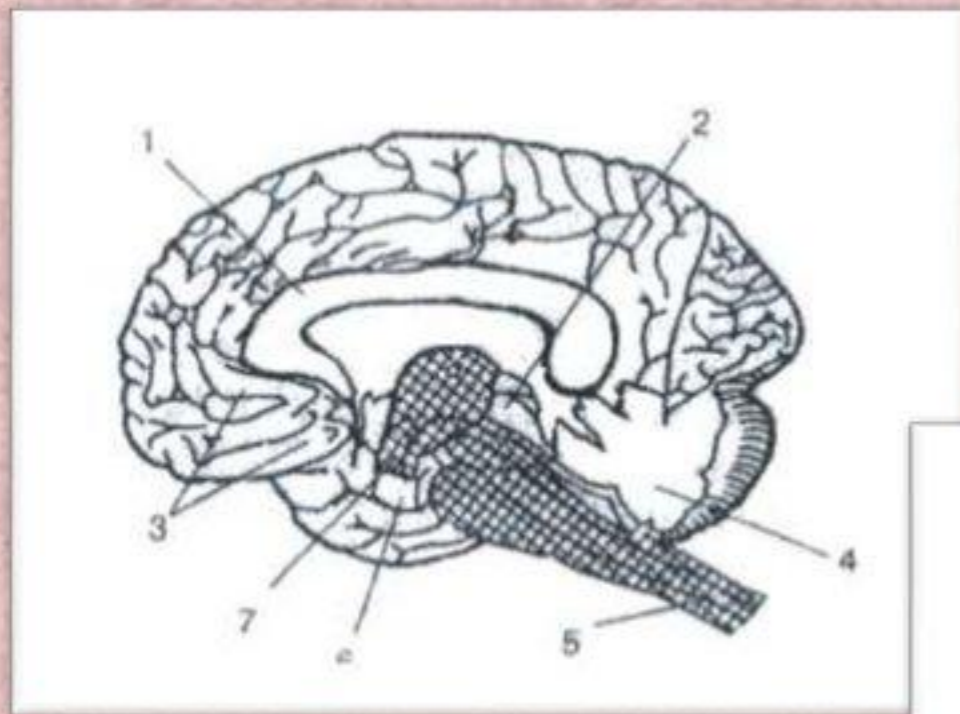


Среди психосоциальных факторов ведущее место принадлежит уровню образования родителей, сенсорной и социальной депривации, материнской депрессии, жестокому обращению с ребенком.

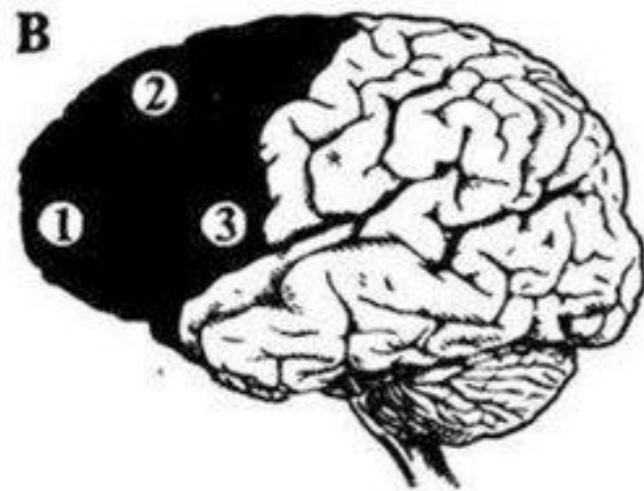
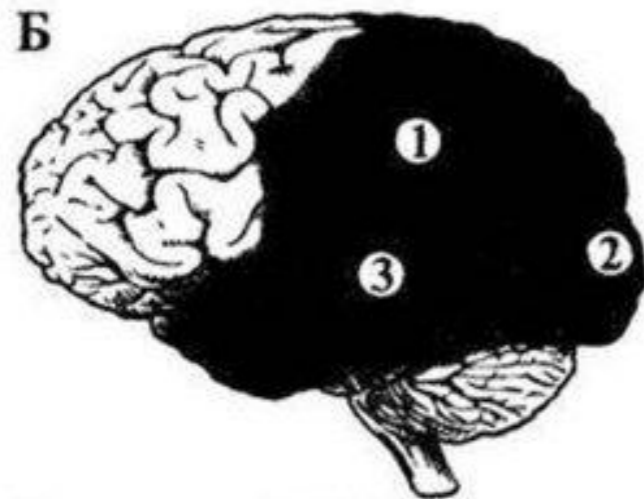
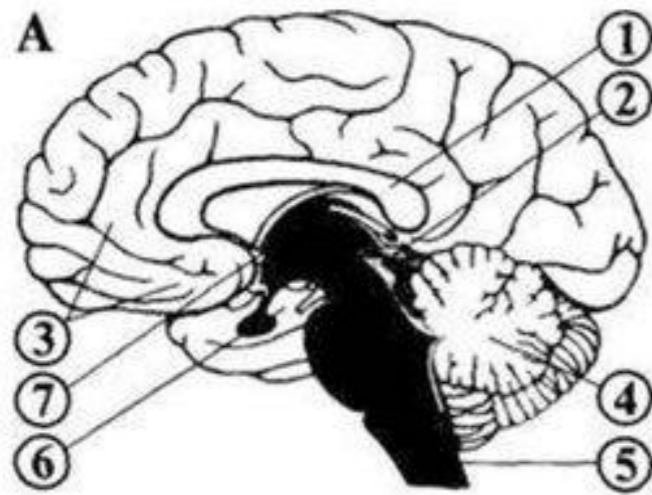
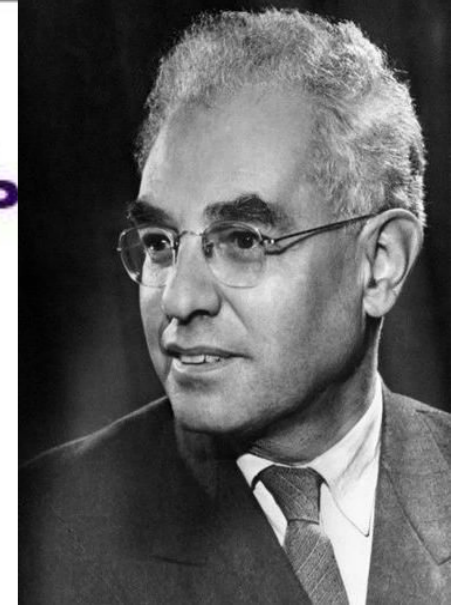
Так, большинство детей с ЗПР воспитывались в условиях семейной дисгармонии, эмоционально-психической депривации, в семьях с низким культурным, образовательным и социальным уровнем (Скворцов И.А., Апексимова О.А., Петракова В.С. и соавт., 2012).



Структурно – функциональная модель интегративной работы мозга, предложенная А. Р. Лурия



Структурно – функциональная модель интегративной работы мозга, предложенная А.Р.Лурия



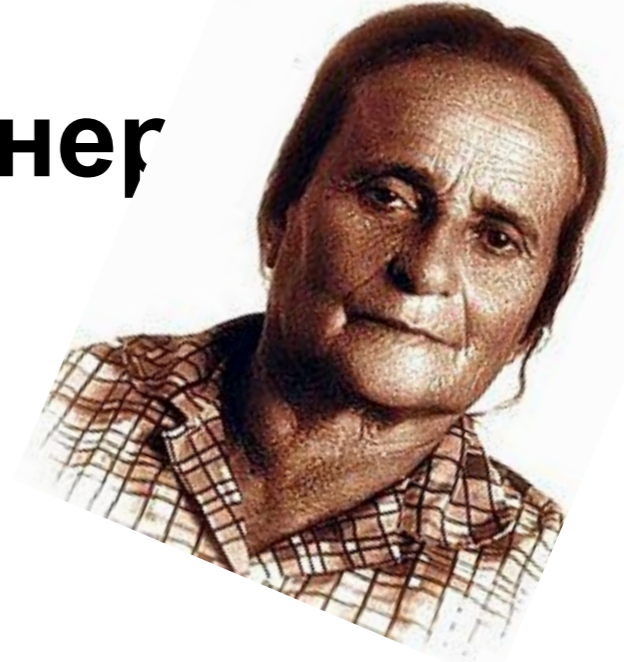
- А- энергитический. Первый блок регуляции общей и избирательной неспецифической активации мозга
- Б-задний мозг. Второй блок приема, переработки и хранения информации.
- В-передний мозг. Третий блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Структурно-функциональный анализ показывает, что при ЗПР могут быть первично нарушены как отдельные вышеназванные структуры, так и их основные функции в различных сочетаниях.

При этом глубина повреждений и (или) степень незрелости может быть различной. Именно этим и определяется многообразие психических проявлений, встречающееся у детей с ЗПР. Разнообразные вторичные наслоения еще более усиливают внутригрупповую дисперсию в рамках данной категории.

При задержке психического развития у детей отмечаются разнообразные этиопатогенетические варианты, где ведущим причинно-образующим фактором может быть: низкий темп психической активности (корковая незрелость), дефицит внимания с гиперактивностью (незрелость подкорковых структур), вегетативная лабильность на фоне соматической ослабленности (в силу незрелости или вследствие ослабленности самой вегетативной нервной системы на фоне социальных, экологических, биологических причин), вегетативная незрелость (как биологическая не выносливость организма), энергетическое истощение нервных клеток (на фоне хронического стресса) и другие.

Классификация Г.А.Власовой и М.С.Певзнер



1. ЗПР, сопровождающаяся психическим и психофизическим инфантилизмом, при котором на первый план выступает отставание в развитии эмоционально-волевой сферы и личностная незрелость детей.
2. ЗПР со стойкой церебральной астенией, для которой характерны нарушения внимания, отвлекаемость, быстрая утомляемость, психомоторная вялость или возбудимость.

Классификация В.В. Ковалева



- Дизонтогенетическая форма
- Энцефалопатическая форма
- ЗПР в связи с недоразвитием анализаторов.
- Культуральная форма ЗПР, обусловленная ранней социальной депривацией, педагогической запущенностью и т.д.

Классификация детей с задержкой психического развития по К.С.Лебединской

ЗПР
конституционального
происхождения

ЗПР
соматогенного происхождения

ЗПР
психогенного происхождения

ЗПР
церебрально-органического
происхождения

**Группы
детей с ЗПР**



Задержка психического развития конституционального происхождения

Это гармонический психический и психофизический инфантилизм. Такие дети отличаются уже внешне. Они более субтильны, часто рост у них меньше среднего и личико сохраняет черты более раннего возраста, даже когда они уже становятся школьниками. У этих детей особенно сильно выражено отставание в развитии эмоциональной сферы. Они находятся как бы на более ранней стадии развития по сравнению с хронологическим возрастом. У них наблюдается большая выраженность эмоциональных проявлений, яркость эмоций и вместе с тем их неустойчивость и лабильность, для них очень характерны легкие переходы от смеха к слезам и наоборот. У детей этой группы очень выражены игровые интересы, которые преобладают даже в школьном возрасте.

Задержка психического развития соматогенного происхождения

Данный тип задержки психического развития обусловлен хроническими соматическими заболеваниями внутренних органов ребенка — сердца, почек, печени, легких, эндокринной системы и др. Это могут быть тяжелые аллергические заболевания (бронхиальная астма, например), заболевания пищеварительной системы.

Особенно негативно на развитии детей сказываются тяжелые инфекционные, неоднократно повторяющиеся заболевания в их первый год жизни. Психическое развитие этих детей тормозится в первую очередь стойкой астенией, которая резко снижает общий психический и физический тонус. На ее фоне развиваются невропатические расстройства, свойственные соматогении — неуверенность, робость, безынициативность, капризность, боязливость. Поскольку дети растут в условиях щадящего режима и гиперопеки, у них затруднено формирование позитивных личностных качеств, их круг общения сужен, недостаток сенсорного опыта сказывается на пополнении запаса представлений об окружающем мире и его явлениях. Нередко возникает вторичная инфантилизация, которая приводит к снижению работоспособности и более стойкой задержке психического развития.

Задержка психического развития психогенного происхождения

Отклонения в психофизическом развитии детей при данном варианте определяются психотравмирующим воздействием среды. Его влияние может сказаться на ребенке еще в утробе матери, если женщина испытывает сильные, длительно действующие негативные переживания. ЗПР психогенного генеза может быть связана с социальным сиротством, культурной депривацией, безнадзорностью. Очень часто данный тип ЗПР возникает у детей, воспитываемых психически больными родителями, прежде всего матерью.

Нарушения познавательной деятельности у таких детей обусловлены бедным запасом их представлений об окружающем мире, низкой работоспособностью, лабильностью нервной системы, несформированностью произвольной регуляции деятельности, специфическими особенностями поведения и психики.

Задержка психического развития церебрально-органического генеза.

Встречается у детей наиболее часто и он же вызывает у детей наиболее выраженные нарушения в их эмоционально-волевой и познавательной деятельности в целом. При этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциальной поврежденности ряда психических функций.

Существенным проявлением задержки психического развития является очень низкий уровень активности во всех сферах психической деятельности, во всех ее видах. Это наблюдается и в восприятии, и в мыслительной деятельности. У ребенка задерживается формирование предметно-манипулятивной, речевой, игровой, продуктивной и учебной деятельности. В ряде случаев можно говорить о «смещенном сензитиве» в развитии психических функций и в процессе формирования психологических новообразований возраста.

- **И. Ф. Марковская выделяет два основных клинико-психологических варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза.**
- При первом варианте преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма. Если и отмечается энцефалопатическая симптоматика, то она представлена негрубыми церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами. Высшие психические функции при этом недостаточно сформированы, истощаемы и дефицитарны в звене контроля произвольной деятельности.
- При втором варианте доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций и тяжелые нейродинамические расстройства (инертность, склонность к персеверациям). Регуляция психической деятельности ребенка нарушена не только в сфере контроля, но и в области программирования познавательной деятельности. Это приводит к низкому уровню овладения всеми видами произвольной деятельности.

Сенсорно-перцептивные функции

При отсутствии первичных недостатков зрения, слуха и других видов чувствительности у детей ЗПР отмечаются замедленность и фрагментарность восприятия, трудности выделения фигуры на фоне и деталей в сложных изображениях. Дети с ЗПР испытывают затруднения в построении целостного образа из отдельных предъявленных частей. Формирование целостного образа происходит замедленно, поэтому ребенок многого не замечает, упускает детали.

Наиболее значительное отставание наблюдается у детей с задержкой психического развития в восприятии пространства, которое основано на интеграции зрительных и двигательных ощущений.

Проявляется отставание в развитии осязательного восприятия. Дети затрудняются в осязательном узнавании даже многих хорошо знакомых им предметов. Наблюдаемые трудности связаны не только с недостаточностью межсенсорных связей, т. е. с комплексным характером осязательного восприятия, но и с недоразвитием тактильной и двигательной чувствительности в

Слуховое восприятие.

Имеются некоторые затруднения в дифференциации речевых звуков (что говорит о недостатках фонематического слуха), наиболее отчетливо выступающие в сложных условиях: при быстром произнесении слов, в многосложных и близких по произношению словах. Дети испытывают трудности при выделении звуков в слове. Эти затруднения, отражающие недостаточность аналитико-синтетической деятельности в звуковом анализаторе, обнаруживаются при обучении детей грамоте. В школе обнаруживаются связанные с недостатками восприятия ошибки при списывании текста, воспроизведении фигур по зрительно представленным образцам и т. п.

С возрастом восприятие детей с задержкой психического развития совершенствуется, особенно значительно улучшаются показатели времени реакции, отражающие скорость восприятия. В процессе обучения и развития у детей рассматриваемой категории формируются и совершенствуются перцептивные операции, целенаправленное восприятие (наблюдение), развиваются образы-представления.

Внимание

- неустойчивость (колебание) внимания, которая ведет к снижению продуктивности, обуславливает трудности выполнения заданий, требующих постоянного контроля, свидетельствует о незрелости нервной системы. Ребенок продуктивно работает в течение 5-15 минут, а затем в течение какого-то времени, хотя бы 3-7 минут, «отдыхает», накапливает силы для следующего рабочего цикла. В момент «отдыха» ребенок как бы выпадает из деятельности, занимаясь посторонними делами. После восстановления сил ребенок снова способен к продуктивной деятельности;
- сниженная концентрация. Выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости. Указывает на наличие органических факторов соматического или церебрально-органического генеза;

- снижение объема внимания. Ребенок удерживает одновременно меньший объем информации, чем тот, на основе которого можно эффективно решать игровые, учебные и жизненные задачи, затруднено восприятие ситуации в целом;
- сниженная избирательность внимания. Ребенок как бы окутан раздражителями, что затрудняет выделение цели деятельности и условий ее реализации среди несущественных побочных деталей;
- сниженное распределение внимания. Ребенок не может одновременно выполнять несколько действий, особенно если все они нуждаются в сознательном контроле, т.е. находятся на стадии усвоения;
- «прилипание внимания». Выражается в трудностях переключения с одного вида или найденного способа деятельности на другой, в отсутствии гибкого реагирования на изменяющуюся ситуацию;
- повышенная отвлекаемость.

Память

Память детей с ЗПР отличается качественным своеобразием. Объем краткосрочной и долговременной памяти ограничен, есть нарушения механической памяти, снижена прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая потеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память. Их воспоминания отрывочны, неполны, только что выученный урок, быстро забывается. Школьники с задержкой психического развития значительно хуже запоминают и воспроизводят учебный материал, чем их нормально развивающиеся сверстники. Особенно это касается отсроченного воспроизведения, которое характеризует долговременную память: Произвольное запоминание у детей с задержкой психического развития формируется значительно более медленными темпами.

Более низкая эффективность кратковременной памяти детей с трудностями в обучении – результат замедления приема и переработки информации. вследствие которого возникает ситуация недостатка времени для вхождения этой информации в кратковременную память. Недостаточность произвольной памяти у детей с задержкой психического развития в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля. При правильном подходе к обучению, дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания.

- недоразвитие самоконтроля, которое проявляется наиболее ярко в привнесениях при воспроизведении и в изменениях слов, предлагавшихся для запоминания;
- слабая избирательность памяти, что показано в экспериментах на опосредствованное запоминание, когда вместо слова, для запоминания которого была выбрана определенная картинка, воспроизводилось название предмета, на ней изображенного;
- неумение преднамеренно применять рациональные способы запоминания (например, использовать план при запоминании связного текста или определенным образом соотносить, осмыслить запоминаемый материал);
- низкая мыслительная активность в процессе воспроизведения.

Мышление

Отставания в развитии мыслительной деятельности у детей с ЗПР проявляется во всех компонентах структуры мышления (Т.В. Егорова, У.В. Ульянкова, Т.Д. Пускаева, В.И. Лубовской и др.), а именно:

- в дефиците мотивационного компонента, проявляющемся в крайне низкой познавательной активности, избегании интеллектуального напряжения вплоть до отказа от задания;
- в нерациональности регуляционно-целевого компонента, обусловленной отсутствием потребности ставить цель, планировать действия методом эмпирических проб;
- в длительной несформированности операционного компонента, т.е. умственных операций анализа, синтеза, абстрагирования, обобщения, сравнения;
- в нарушении динамических сторон мыслительных процессов.

У детей с ЗПР неравномерно развиваются виды мышления. Наиболее значительно выражено отставание в словесно-логическом мышлении (оперирующем представлениями, чувственными образами предметов), ближе к уровню нормального развития находится наглядно-действенное мышление (связанное с реальным физическим преобразованием предмета).

Многие исследователи (Ю.Г. Демьянов, Т.А. Стрекалова и др.) отмечают, что по построению логических суждений и умозаключений по аналогии дети с ЗПР ближе к нормально развивающимся детям, а по умению строить выводы из посылок и доказывать истинность суждений - к умственно отсталым. Для детей с ЗПР характерна и инертность мышления, которая проявляется в разных формах.

Дети ЗПР восприимчивы к интеллектуальной помощи, могут свободно перенести усвоенный образец, прием в новые условия, что определяет важнейшее для процесса обучения качество ученика - обучаемость, т.е. способность к продуктивному усвоению знаний, умений, чужого опыта. Обозначенный потенциал является базой для успешной коррекции интеллектуальной деятельности в условиях специального обучения

В зависимости от особенности и развития мышления детей с ЗПР можно разделить на 3 группы:

1. Дети с нормальным развитием мыслительных операций, но снижен показатель познавательной активности.
2. Дети с неравномерным проявлением познавательной активности и продуктивности выполнения заданий.
3. Сочетание низкого уровня продуктивности и отсутствие познавательной активности.

Общие недостатки мыслительной деятельности детей с ЗПР:

- Типичной особенностью детей с ЗПР является недоразвитие всех видов (наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического) мышления,
- Несформированность познавательной, поисковой мотивации (своеобразное отношение к любым интеллектуальным задачам).
- Отсутствие выраженного ориентировочного этапа при решении мыслительных задач.
- Низкая мыслительная активность
- Стереотипность мышления, его шаблонность.
- неравномерное отставание от возрастной нормы - специфическая особенность развития каждого из видов мышления детей с ЗПР; развитие наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического мышления характеризуется значительно более медленными темпами

Особенности речевого развития

Особенности познавательной деятельности детей с ЗПР, сниженная (по сравнению с нормой) способность к приему и переработке воспринимаемой информации, недостаточное развитие операций сравнения, анализа, синтеза, обобщения и абстрагирования обуславливают отклонения в речевом развитии детей с ЗПР.

Анализ устной речи детей с ЗПР показал, что она удовлетворяет потребности повседневного общения. В ней нет грубых нарушений произношения, лексики, грамматического строя. Однако, речь детей в целом, как правило, смазанная, недостаточно отчетливая, что связано с малой подвижностью артикуляторного аппарата.

Ограниченность словаря детей, особенно активного, обнаруживается за пределами повседневной тематики в тех случаях, когда им приходится пользоваться монологической речью (например, когда детям предлагается пересказать прочитанный им рассказ, составить собственный рассказ по картинке или устное сочинение на заданную тему). В таких ситуациях в наибольшей мере выступают характерное для этих детей очень резко выраженное расхождение между объемом активного и пассивного словаря, особенно в отношении прилагательных, отсутствие в их речи многих слов, обозначающих свойства предметов и явлений окружающего мира, неточное употребление слов, часто с расширенным значением, крайняя ограниченность слов, обозначающих общие понятия, трудности активизации словарного запаса.

У детей с ЗПР наблюдается:

- разрыв между объемом активного и пассивного словаря;
- при восприятии у детей с ЗПР отмечается нарушение дифференциации словоформ;
- задержка развития словообразовательных процессов;
- период детского словотворчества (возникновение неологизмов) наблюдается значительно позже и продолжается дольше.
- нарушение звуко-буквенного анализа и звуковой структуры слов;
- трудности усвоения логико-грамматических конструкций языка, ограниченность словарного запаса

Особенности эмоционально-волевой сферы

- **неустойчивость эмоционально-волевой сферы, что проявляется в невозможности на длительное время сконцентрироваться на целенаправленной деятельности. Психологической причиной этого является низкий уровень произвольной психической активности;**
- **проявление негативных характеристик кризисного развития, трудности в установлении коммуникативных контактов;**
- **появление эмоциональных расстройств: дети испытывают страх, тревожность, склонны к аффективным действиям.**

Также детям с ЗПР присущи симптомы органического инфантилизма: отсутствие ярких эмоций, низкий уровень аффективно-потребностной сферы, повышенная утомляемость, бедность психических процессов, гиперактивность. В зависимости от преобладания эмоционального фона можно выделить два вида органического инфантилизма: неустойчивый — отличается психомоторной расторможенностью, импульсивностью, неспособностью к саморегуляции деятельности и поведения, тормозной — отличается преобладанием пониженного фона настроения

- 1. 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:
 2. Недостаточный опыт распознавания собственных эмоциональных переживаний не позволяет ребенку «узнать» состояние;
 3. Имеющийся у большинства детей с ЗПР негативный опыт взаимодействия со взрослым препятствует прямому и открытому переживанию своего настроения;
 4. 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;
 5. 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.

-

-

Отличие ЗПР от педагогической запущенности.

Педагогическая запущенность – устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатками воспитания (трудные дети). У таких детей и детей ЗПР наблюдается внешнее сходство отклонений в поведении : конфликтность, нарушение правил поведения, отказ или уклон от требований, лживость, необязательность. Причина возникновения отклонений у педагогически запущенных детей – стойкие отклонения в нравственно-правовом сознании. Данного ребенка можно назвать оппозиционером по убеждению (деяния совершают сознательно).

Причинами отклонения поведения детей ЗПР являются слабые адаптационные механизмы личности, несбалансированность процессов возбуждения и торможения. Для этого ребенка конфликт, отказ, ложь – наиболее простой способ взаимодействия со средой и в то же время способ самосохранения, самозащиты от отрицательных воздействий извне. При таком стихийном формировании личности , ребенок приобретает асоциальные черты характера.

Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР

Отставание в психическом развитии во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста

Замедленная скорость приёма и переработки сенсорной информации

Недостаточная сформированность умственных операций

Низкая познавательная активность и слабость познавательных интересов

Ограниченность, отрывочность знаний и представлений об окружающем

Отставание в речевом развитии:
недостатки произношения, аграмматизмы, ограниченность словаря

Общие
признаки

Обучение детей с ЗПР

