

# НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

КНИГА ДЛЯ  
ХОРОШИХ РОДИТЕЛЕЙ  
И СПЕЦИАЛИСТОВ

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА

Специальная педагогика

Юлия Яковлева

**Нарушения поведения и развития  
у детей. Книга для хороших  
родителей и специалистов**

«КАРО»

2011

**Яковлева Ю. А.**

Нарушения поведения и развития у детей. Книга для хороших родителей и специалистов / Ю. А. Яковлева — «КАРО», 2011 — (Специальная педагогика)

ISBN 978-5-9925-0672-3

В пособии представлены подходы к выявлению и коррекции наиболее частых поведенческих нарушений детского возраста: синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, тиков, тревожных расстройств, речевых нарушений. Авторы – врачи, нейрофизиологи и психологи, работающие с детьми в Институте мозга человека РАН, Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и Санкт-Петербургском государственном университете, – раскрывают читателю современное состояние проблемы, включающее нейробиологические основы поведенческих нарушений, медицинские и психологические аспекты диагностики и терапии мозговых дисфункций. Книга предназначена для психологов и педагогов, но будет также интересна родителям.

ISBN 978-5-9925-0672-3

© Яковлева Ю. А., 2011

© КАРО, 2011

## Содержание

Введение	6
Глава 1	10
Понятие о задержке психического развития	10
Причины ЗПР	12
Разновидности ЗПР	15
Как отличить ЗПР от умственной отсталости	21
Особенности когнитивной сферы у детей с ЗПР	22
Глава 2	30
Распространенность заболевания	31
Причины заболевания	32
Конец ознакомительного фрагмента.	34

**Нарушения поведения и развития  
у детей: Книга для хороших  
родителей и специалистов  
Под редакцией доктора  
медицинских наук Л. С. Чутко**

Авторский коллектив

Татьяна Игоревна Анисимова, Оксана Владимировна Заширинская, Светлана Юрьевна Сурушкина, Леонид Семенович Чутко, Юлия Александровна Яковлева

Рецензент – декан факультета клинической психологии СПбГПМА, д-р психол. наук,  
проф. **В. А. Аверин**

## Введение

Нарушения поведения и развития у детей оказывают неблагоприятное воздействие как на них самих, так на окружающих их людей и общество в целом. Дети с нарушениями развития испытывают трудности с получением образования. Дети с поведенческими нарушениями различного генеза входят в группу высокого риска по развитию аддиктивных расстройств (алкоголизма, наркомании), чаще совершают правонарушения. С точки зрения психопатологии развития разделение патологических и непатологических форм поведения и особенностей хотя и представляет сложности, но является необходимым, так как непатологические формы нарушений поведения нуждаются в первую очередь в педагогической и социальной коррекции в отличие от форм патологических, требующих совместных усилий педагогов, психологов и врачей-специалистов.

Согласно Э. Мэш и Д. Вольф (2003), следует отметить важные особенности, отличающие большинство детских расстройств от недугов взрослых:

◆ *Когда просят помочь детям, часто бывает неясно, кому на самом деле нужно помочь.* Дети обычно попадают в поле зрения специалистов вследствие беспокойства взрослых – родителей, педиатров, учителей, – сами дети могут не иметь возможности выбора в подобной ситуации. Это имеет важное значение для понимания того, как выявляются проблемы детей и как мы на них реагируем. Сами дети не обращаются за помощью.

◆ *Часто трудности детей и подростков связаны с несоответствием их развития ожиданиям взрослых.* Нарушение может быть временным, но может являться и первым признаком более серьезных проблем, ожидающих ребенка в будущем.

◆ *Многие виды проблемного поведения, демонстрируемые детьми и подростками, не являются, в сущности, патологическими; в определенной степени они свойственны большинству детей и подростков.* Чтобы решить, что следует предпринять, необходимо быть компетентным в области известных психических расстройств и причиняющего беспокойство проблемного поведения.

◆ *Вмешательства в случае детей и подростков часто нацелены на то, чтобы обеспечить дальнейшее развитие, а не просто восстановить прежний уровень функционирования психики.* В отличие от большинства расстройств, свойственных взрослым, в случае многих детских проблем целью становится развитие способностей и навыков, а не только устранение дистресса.

Для описания нарушений развития часто используется термин «дизонтогенез (дизонтогенез)», впервые появившийся в работах И. Швальбе 1927 г., под которым в последние десятилетия понимают различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы еще не достигли зрелости.

По мнению В. В. Ковалева (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются два:

◆ ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недоразвитие – как общее, так и парциальное;

◆ асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

По мнению В. В. Лебединского (1985), психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами:

- 1) недоразвитие;
- 2) задержанное развитие;
- 3) поврежденное развитие;

- 4) дефицитарное развитие;
- 5) искаженное развитие;
- 6) дисгармоническое развитие.

Данная классификация выделяет отдельные варианты аномалий на основе анализа определения качества нарушения развития.

В. В. Ковалев (1979) дифференцирует возрастные уровни нервнопсихического 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 соматовегетативного уровня реагирования характерна повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. Данный уровень реагирования является ведущим на раннем возрастном этапе вследствие его уже достаточной зрелости.

Психомоторный уровень реагирования включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание.

Для аффективного уровня реагирования характерны синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессии.

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования является ведущим в пре- и особенно в пубертатном возрасте. В патологии это прежде всего проявляется в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста» (Сухарева Г.Е., 1959.)

Традиционно выделяют психологические и патологические реакции, проявляющиеся нарушениями поведения (Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1983; Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2005). Первые представляют собой вариант нормы, вторые – проявление нервно-психических расстройств.

Основными критериями перехода психологических реакций в патологические, по мнению В. В. Ковалева (1979), являются следующие:

- 1) распространение реакции за пределы той ситуации, при которой они возникли;
- 2) утрата психологической понятности поведения;
- 3) присоединение невротических расстройств (раздражительность, нарушения сна, истощаемость, соматовегетативные расстройства).

А. Е. Личко (1983) выдвинул следующие критерии патологичности психологических реакций в детском и подростковом возрасте:

- 1) выраженная интенсивность расстройств (их массивность, некорригируемость);
- 2) склонность к генерализации, т. е. способность к возникновению в самых разнообразных ситуациях под влиянием даже неадекватных стимулов;
- 3) стойкость и склонность приобретать характер патологического стереотипа («клише»);
- 4) склонность к превышению психологического «потолка» отклонений поведения;
- 5) склонность к выраженной социальной дезадаптации.

Необходимо отметить концепцию возрастных кризисов, разработанную Л. С. Выготским, который пишет, что внешне кризисы характеризуются чертами, противоположными стабильным возрастам. В этих периодах на протяжении относительно короткого времени сосредоточены резкие капитальные сдвиги и смещения, изменения и переломы в личности ребенка. По мнению П. П. Блонского (цит. по: Пальчику А. Б., 2002), возрастные изменения могут происходить резко (критически) и постепенно (литически).

Л. С. Выготский выделяет три общих особенности таких периодов:

1. Границы, отделяющие начало и конец кризиса от смежных возрастов, в высшей степени неотчетливы – трудно определить момент его наступления и окончания. Но в середине

периода обычно наступает резкое обострение – своеобразная кульминация кризиса и состояние наиболее яркого отличия от устойчивых периодов жизни.

2. Значительная часть детей, переживающих критические периоды, отличается трудностями при воспитании. Дети как бы выпадают из системы педагогического воздействия, которая обеспечивала нормальный ход их воспитания и обучения. В критические возрасты развитие ребенка часто сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими и болезненными внутренними конфликтами.

3. Развитие в эти периоды, в отличие от устойчивых возрастов, совершает скорее разрушительную, чем созидательную работу. Прогрессивное развитие личности как бы затухает, а на первый план выступают процессы отмирания и свертывания того, что образовалось на предшествующей ступени развития.

Первый возрастной кризис – это кризис новорожденности, смысл которого заключается в адаптации организма к внеутробной жизни. Второй возрастной кризис – это кризис первого года жизни, основным содержанием которого являются становление ходьбы и речи, а также развитие воли.

Периодом третьего возрастного кризиса является трехлетний возраст (Выготский Л. С., 1984). Кризис трех лет – граница между ранним и дошкольным детством – один из наиболее трудных моментов в жизни ребенка. Симптомы кризиса, которые выдвигаются на первый план, называются *первым поясом симптомов* или *семизвездием кризиса трех лет*. *Вторым поясом симптомов* называют последствия основных симптомов и дальнейшее их развитие.

В первый пояс симптомов, включенных Выготским в кризис трехлетнего возраста, входят следующие:

1. *Негативизм*. Все поведение ребенка идет вразрез с тем, что говорят ему взрослые: он не хочет что-нибудь делать только потому, что это предложил кто-нибудь из взрослых.

2. *Упрямство*. Это такая реакция ребенка, когда он настаивает на чем-то не потому, что ему этого сильно хочется, а потому, что он этого потребовал.

3. *Строптивость*.

4. *Своеволие*, заключающееся в проявлении излишней тенденции к самостоятельности.

5. *Протест*. Поведение ребенка приобретает вид протеста, из-за чего часто возникают ссоры с окружающими.

6. *Обесценивание*. Ребенок перестает ценить то, что раньше было для него дорого, то, к чему он был привязан.

7. *Деспотизм* в семье с одним ребенком и *ревность* в семье, где двое и больше детей. Ребенок стремится проявлять деспотическую власть над членами семьи, пытается диктовать свои условия.

Возраст похода ребенка в школу совпадает с четвертым возрастным кризисом – кризисом семи лет (Выготский Л. С., 1984). Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни. Он в значительной мере обусловлен привнесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит возрастание самостоятельности ребенка (Пальчик А. Б., 2002).

Согласно Л. С. Выготскому, существует пятый возрастной кризис – кризис подросткового возраста (около 13 лет), который отличается проявлениями подросткового негативизма, противопоставлением своего «Я» окружающему миру, повышенной импульсивностью.

Авторы выражают благодарность за поддержку и понимание директору Института мозга человека РАН, члену-корреспонденту РАН С. В. Медведеву, декану факультета клинической психологии СПб ГПМА, профессору, доктору психологических наук В. А. Аверину за рецензирование работы.

Авторы также глубоко признательны своим семьям за поддержку в процессе подготовки книги.

# Глава 1

## Задержка психического развития

### Понятие о задержке психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) – пограничное с умственной отсталостью состояние, т. е. промежуточная форма патологии интеллекта между умственной отсталостью и условно нормативным вариантом психического развития. ЗПР представляет собой группу разнообразных по клинической картине расстройств. В отличие от умственной отсталости, где нарушение интеллекта имеет в первую очередь выраженный и необратимый характер, при ЗПР отмечается замедление темпа психического развития в условиях онтогенеза. У детей с ЗПР нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, пониженной работоспособности. Коэффициент интеллектуального развития у таких детей составляет 70–90 баллов (при наиболее распространенном варианте нормального интеллектуального развития он составляет 90–109 баллов).

При ЗПР отмечается так называемая мозаичная картина нарушения, при которой одни психические функции остаются сохранными, а другие – существенно отстают по возрастным срокам развития.

Необходимо отметить, что разнородность состояний, включенных в данную группу, мешает изучению эпидемиологии этого расстройства.

Распространенность ЗПР среди детского населения (как самостоятельной группы состояний) составляет от 1,2 до 8–10 % в общей структуре психической болезненности (Козловская Г. В., Горюнова А. В., 1994). Среди детей подготовительных групп детских садов ЗПР встречается в 5 %, а в младшем школьном возрасте – от 4 до 8 % (Власова Т. А., Лебединская К. С., 1975; Ульенкова У. В., 1980; Крыжановская И. Л., 1983).

Среди мальчиков ЗПР встречается в 2–4 раза чаще, чем среди девочек, что объясняется их большей уязвимостью (Захаров Н. П., 2006).

Данная группа носит гетерогенный характер как в отношении этиологии и патогенеза, так и в отношении клинической картины.

Главные признаки ЗПР (по М. Ш. Вроно):

- ◆ запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения);
- ◆ эмоциональная незрелость; неравномерность развития отдельных психических функций;
- ◆ функциональный, обратимый характер нарушений.

Данная патология чаще всего обнаруживается на начальных этапах обучения и проявляется в трудностях усвоения знаний, навыков и умений, адаптации к учебным требованиям.

При изучении детей с трудностями в обучении велись поиски термина для обозначения выявленного отставания в интеллектуальном развитии, обуславливающего проблемы в обучении. Одним из таких терминов стал термин «инфантилизм», который был предложен еще в XIX в. Э. Ш. Ласегом (Lasègne) для характеристики особой формы отставания в психическом развитии, «возникающей под влиянием инфекций и интоксикаций». Известный русский литератор и педагог Н. А. Добролюбов для обозначения таких детей использовал термин «псевдо-

нормальные». Н. И. Озерцкий (1938) выделил группу детей с «замедленным темпом развития», подчеркнув качественное отличие структуры этого нарушения от нарушения интеллекта при умственной отсталости. Сам термин ЗПР введен Г. Е. Сухаревой для обозначения пограничных форм интеллектуальной недостаточности, определяющих стойкую школьную неуспеваемость, но отличающихся от легкой умственной отсталости (F70).

С точки зрения специальной психологии ЗПР относят к одному из типов дизонтогенеза, «при котором наблюдается замедленный темп формирования познавательных процессов и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах» (Мамайчук И. И., 2000). Психический дизонтогенез – патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

В педагогической литературе дети с ЗПР характеризуются как «медленно обучающиеся», с «затруднениями в освоении школьных навыков», со «специфическими трудностями в обучении» и т. п. (Горбачевская Н. Л. и др., 1991; Duane M. D., 1989).

В МКБ–10<sup>1</sup> данная патология фигурирует под рубрикой «Смешанные специфические расстройства психологического развития» (Mixed-specific disorders of mental development) (F83). Это плохо определенная, недостаточно разработанная группа расстройств, при которых есть смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков и/или двигательных функций, но нет значительного преобладания ни одного из них, чтобы установить первичный диагноз. Общим для этих специфических расстройств развития является сочетание с некоторой степенью общего нарушения когнитивных функций. Эта смешанная категория может использоваться только тогда, когда есть значительное совпадение специфических расстройств.

В психолого-педагогических исследованиях под ЗПР часто имеют в виду трудности формирования навыков обучаемости – чтения, письма, счета. При этом распространена задержка в овладении сразу несколькими навыками. Не случайно в специальной литературе традиционно стали использовать термин «дети с трудностями в обучении» (children with learning disabilities).

Обобщая результаты современных исследований, можно сделать вывод о том, что *задержка психического развития у детей проявляется в замедленном созревании эмоциональной и волевой сфер, в недостаточном развитии мотивации и познавательной деятельности, обуславливая возникновение общих и специфических трудностей в обучении* (Заширинская О. В., 2007). Во многом это условный диагноз, так как под ним объединяются структурно и динамически разные категории детей, у которых в конечном счете общим оказываются трудности овладения школьной программой. При оказании им своевременной психологической, педагогической и медицинской помощи многие проблемы преодолеваются, и отставание в психическом развитии становится менее заметным.

---

<sup>1</sup> МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

## Причины ЗПР

В прохождении ЗПР играют роль конституционально-генетические, церебрально-органические и психосоциальные факторы.

По мнению М. С. Певзнер (1966), основным механизмом возникновения ЗПР является нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга, главным образом относящихся к лобным отделам коры больших полушарий.

К. С. Лебединская (1982) предложила выделять следующие формы ЗПР по этиологическому принципу:

- ◆ конституционального генеза (психофизический инфантилизм);
- ◆ соматического генеза;
- ◆ психогенно обусловленная задержка психического развития;
- ◆ церебрального генеза.

В рамках каждой из четырех выделяемых форм уточняется клинико-психологическая структура различных проявлений задержки в психическом развитии. Особое значение придается соотношению биологических и социальных факторов, которые являются причинами возникновения отставания в психическом развитии у детей.

1-я форма – *задержка психического развития конституционального происхождения*. Возникает как следствие врожденно-конституциональной этиологии. При данной форме отставания в психическом развитии страдают в основном эмоциональная и волевая сферы, которые находятся на более ранней ступени своего развития.

2-я форма – *задержка психического развития соматического генеза*. Основной причиной ее возникновения является длительная соматическая недостаточность различного генеза: хронические инфекции, аллергические состояния, врожденные и приобретенные пороки развития соматической сферы, в первую очередь сердца.

3-я форма – *задержка психического развития психогенного происхождения*. Ее появление обусловлено неблагоприятными условиями воспитания и обучения, которые препятствуют правильному формированию личности ребенка. Речь идет о так называемом социальном генезе, когда неблагоприятные условия социальной среды возникают очень рано, длительно воздействуют, травмируя психику ребенка, сопровождаясь психосоматическими расстройствами, вегетативными нарушениями.

Развитие личности ребенка с задержкой психического развития психогенного происхождения происходит по основным трем вариантам.

*1-й вариант* – психическая неустойчивость, возникающая как следствие гипоопеки. Ребенок воспитывается в условиях безнадзорности. Недостатки воспитания проявляются в отсутствии чувства долга, ответственности, адекватных форм социального поведения, когда, например, в трудных ситуациях ему не удается справиться с аффектом. Семья в целом не стимулирует психическое развитие ребенка, не поддерживает его познавательные интересы. На фоне недостаточных знаний и представлений об окружающей действительности, что препятствует усвоению школьных знаний, у этих детей проявляются черты патологической незрелости эмоциональной и волевой сфер: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость.

*2-й вариант*, при котором выражена гиперопека – изнеживающее воспитание, когда ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности, добросовестности. Часто это случается с поздно родившимися детьми. На фоне психогенного инфантилизма, помимо неспособности к волевому усилию, характерными для ребенка становятся эгоцентризм, нежелание систематически трудиться, установка на постоянную помощь, желание быть всегда опекаемым.

*3-й вариант* – неустойчивый стиль воспитания с элементами эмоционального и физического насилия в семье. Его возникновение провоцируют сами родители, грубо и жестоко обращающиеся с ребенком. Один или оба родителя могут быть деспотичны, агрессивны по отношению к собственному сыну или дочери. На фоне таких внутрисемейных отношений постепенно формируются патологические черты личности ребенка с задержкой психического развития: робость, боязливость, тревожность, нерешительность, недостаточная самостоятельность, безынициативность, лживость, изворотливость и, нередко, нечувствительность к чужому горю, что приводит к значительным проблемам социализации.

4-я форма – *задержка психического развития церебрального генеза*. Для этой формы характерна стойкость и выраженность нарушений эмоциональной и волевой сферы, познавательной деятельности. Существует множество мнений по поводу этиологии данной формы задержки психического развития. Выявляется негрубая органическая недостаточность ЦНС, чаще резидуального характера как следствие патологии беременности; недоношенность; постнатальные нейроинфекции; тяжелые заболевания и травмы первых лет жизни.

Различают первичные и вторичные варианты ЗПР (Журба Л. Т., 1980; Лебедев Б. В., 1981; Маслова О. И., 1991; Горюнова А. В., 1994). Первичное отставание является наиболее распространенным среди детей. В его основе лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде (родовая травма, гипоксия, внутриутробные инфекции, недоношенность, некоторые наследственные заболевания, эндокринопатии и др.), приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического нарушения. Вторичные варианты ЗПР возникают на фоне первично неповрежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях (например, при пороках сердца), сопровождающихся церебральной недостаточностью. К данному варианту относят нарушения психического развития при различных формах патологии зрения и слуха, опорно-двигательного аппарата в условиях депривации и т. д.

Специалистами было введено понятие неспецифической или доброкачественной задержки развития, которая обусловлена замедлением темпа созревания морфофункциональных структур головного мозга (Журба Л. Т., Мастюкова Е. М., 1981). Специфическая задержка, по мнению авторов, обуславливается поражением головного мозга.

Руководствуясь патогенетическим принципом, В. В. Ковалев условно разделил все пограничные формы интеллектуальной недостаточности на четыре группы:

- ◆ дизонтогенетические формы, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного развития ребенка;
- ◆ энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- ◆ интеллектуальная недостаточность, связанная с патологией анализаторов и органов чувств (слуха, зрения);
- ◆ интеллектуальная недостаточность, обусловленная действием механизма в связи с дисгармоничным воспитанием (педагогическая запущенность).

Клинические проявления ЗПР определяются следующими особенностями их развития (Лебединский В. В., 1985):

- 1) недостаточность динамической организации психических функций (нарушения устойчивости, подвижности, тонуса);
- 2) парциальная недостаточность отдельных высших психических функций (речь, память, внимание и т. д.);
- 3) нарушения регуляторных процессов, обеспечивающих контроль и программирование действий.

При оценке нейрофизиологических изменений у детей с психоневрологической патологией выделяют такое понятие, как исполнительная дисфункция (executive dysfunction), которая отмечается на фоне функциональной незрелости головного мозга (Wu K. K., 2002; Carrasco X. et al., 2005). Исполнительские функции, к которым относятся поддерживаемое и избирательное внимание, торможение поведенческих реакций, планирование, определяются работой фронтальной коры и хвостатого ядра. Нарушение этих функций проявляется в недостаточной активности данных структур (Barkley R., 1998; Nigg J. T. et al., 2002).

При оценке поведенческих нарушений у детей уделяют особое внимание или отводят ведущую роль нарушениям тормозящего поведения (Barkley R., 1998). По его мнению, все остальные механизмы вторичны. Тормозящее поведение, или задержка моторной реакции, обеспечивают развитие исполнительских функций, таких, как:

1) оперативная память, которая позволяет удерживать текущую информацию, сравнивая ее с прошлыми событиями и планируемыми будущими действиями (предвидение – антиципация);

2) саморегуляция аффекта – способность контролировать проявление эмоций, чувств;

3) внутренняя речь;

4) воспроизведение – анализ и синтез поведения, креативность. Результатом развития исполнительских функций является становление моторного контроля и целенаправленного адаптивного поведения.

Поведенческое торможение состоит из трех взаимосвязанных механизмов: торможения доминирующей реакции, торможения текущей реакции, контроль над отвлекаемостью на помехи.

Результаты электроэнцефалографических исследований показали, что у детей с ЗПР изменение биоэлектрической активности головного мозга отражает изменения структурно-функциональной организации преимущественно левого полушария, ее незрелость, несформированность лобно-гиппокампальной системы регуляции уровня внимания, незрелость системы коркового торможения и т. д. (Горбачевская Н. Л., Тиокельтауб Ю. А., 1980; Фишман М. Н., 1989; Переслени Л. И. и соавт., 1996).

## Разновидности ЗПР

Согласно классификации Ю. Г. Демьянова (1988) выделяют следующие синдромы, определяющие ЗПР:

- 1) ЗПР с церебрастеническим синдромом;
- 2) психический инфантилизм;
- 3) ЗПР с невропатическим синдромом;
- 4) ЗПР с психопатоподобным синдромом;
- 5) задержка психического развития при общем недоразвитии речи;
- 6) ЗПР при тяжелой патологии слуха;
- 7) ЗПР при тяжелых нарушениях зрения;
- 8) ЗПР при детском церебральном параличе;
- 9) ЗПР при тяжелой социально-педагогической запущенности.

Далее описаны некоторые из этих синдромов.

### *ЗПР с церебрастеническим синдромом*

Слово «астения» в переводе с греческого означает «бессилие», «слабость». Под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности.

Р. Kraft-Ebing (1890) определял астению как «болезненное состояние нервной системы, главными клиническими признаками которого являются ненормально легкая возбудимость и чрезмерно быстрая истощаемость нервных функций». Ведущим проявлением астенических состояний является так называемая «раздражительная слабость» (Jaspers K., 1963), включающая, с одной стороны, сниженную работоспособность, истощаемость психических процессов, а с другой – повышенную раздражительность, готовность к аффективным вспышкам, обусловленную истощаемостью процессов активного торможения реакций на «незначимые» раздражители.

Церебрастенические расстройства наблюдаются у 40 %–70 % детей с ЗПР (Гайдук Ф. М., 1986; Марковская И. Ф., 1993). В этиопатогенезе данной формы ведущую роль играют негрубые нарушения течения беременности и родов, а также социальные причины, в первую очередь педагогическая запущенность.

Темп и характер раннего психомоторного развития, как правило, у таких детей не нарушен. Однако у части детей можно отметить более позднее появление фразовой речи. В дошкольном периоде у таких детей отмечаются трудности при запоминании, раздражительность, обидчивость, плаксивость. Во время обучения в начальной школе они будут отличаться неспособностью овладеть навыками чтения, письма, счета. Во время урока дети могут концентрировать внимание не более чем на 10–15 минут, после чего утомляются. К концу рабочего дня они полностью утрачивают работоспособность (Демьянов Ю. Г., 1988, 1999).

Клинические проявления ЗПР характеризуются стойкостью и монотонностью, отсутствием явной связи с настроением и нагрузками. Степень выраженности астении бывает больше степени снижения интеллектуальных способностей.

При неврологическом осмотре регистрируется очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика (асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, снижение брюшных рефлексов, симптом Маринеску – Радовичи, патологические стопные знаки).

Частой сопутствующей жалобой являются головные боли сдавливающего или распирающего характера.

Психиатрами было предложено отдельно выделять «резидуальную церебрастению с запаздыванием школьных навыков» (Мнухин С. М., 1968). Низкая работоспособность в таких случаях сочетается с невнимательностью, снижением памяти, замедленным формированием учебных навыков, трудностями в контроле школьных навыков.

### *Психический инфантилизм*

Психический инфантилизм – незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоциональной и волевой сфер, сохранением детских качеств личности. У детей психический инфантилизм проявляется в чертах поведения, присущих более младшему возрасту. Причинами психического инфантилизма чаще всего являются относительно легкие поражения головного мозга, часто гипоксического характера. Определенную роль играет конституционально-генетическая предрасположенность, а также особенности воспитания – гипо- или гиперопека (Лебединская К. С., 1982; Ковалев В. В., 1985).

Ведущим признаком психического инфантилизма является эмоционально-волевая незрелость, которая выражается в несамостоятельности, в стремлении к получению удовольствия от игровой деятельности, беспечность, отсутствии чувства долга, ответственности. Такие дети характеризуются слабым исследовательским интересом, симбиотической привязанностью к матери и отсутствием стремления к самостоятельности.

Выделяют следующие основные виды инфантилизма: гармонический (простой) и дисгармонический (органический) (Ковалев В. В., 1995).

*Гармонический (простой) инфантилизм* – равномерная задержка темпа физического и психического развития, проявляющегося в первую очередь незрелостью эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом. Дети выглядят несколько младше своего возраста, отличаются хрупким телосложением. Им свойственны поверхностная любознательность, общие нестойкие интересы к окружающему миру, неразвитость интеллектуальных мотивов. Такие дети не устают в играх и быстро отвлекаются при выполнении учебных заданий.

Возрастная динамика гармонического инфантилизма относительно благоприятна. Проявления простого психического инфантилизма уменьшаются с возрастом. В отличие от умственно отсталых детей у детей с инфантилизмом отмечается более высокий уровень абстрактно-логического мышления. Они способны использовать помощь в мыслительной деятельности, переносить усвоенные понятия на новые конкретные задачи и объекты, более продуктивны в самостоятельных видах деятельности. Психофизическая незрелость ребенка при неправильном воспитании приводит к проблемам социализации и отклонениям в поведении ребенка (Астапов В. М., Микадзе Ю. В., 2001).

При инфантилизме сохраняются черты «детскости», особенно в эмоционально-волевой сфере, поведении. Данные особенности развития становятся заметными при поступлении детей в школу. Такие ученики «беспечны, беззаботны, поверхностны в суждениях, не чувствуют ответственности за свои поступки и не способны сдерживать свои желания» (Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., 1998).

*Дисгармонический (органический) инфантилизм* отличается сочетанием признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму, с отдельными патологическими чертами характера, среди которых отмечаются аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность. Эмоционально-волевая незрелость, как и при простом инфантилизме, проявляется детскостью поведения, суждений, наивностью, внушаемостью, преобладанием игровых интересов, неспособностью к занятиям, требующим волевого усилия. Особенности интеллектуальной деятельности в этих случаях заключаются в инертности, плохой переключаемости мыслительных процессов. Такие дети могут быть эйфоричны, расторможены, а их игры более однообразны. Кроме того, отмечаются снижение эмоциональ-

ной живости и яркости эмоций, поверхностность эмоциональных привязанностей, ограниченность воображения. Игровую, а затем и учебную деятельность характеризуют однообразие и малая заинтересованность в оценке своих действий, отражающая низкий уровень притязаний. Наряду с этим наблюдаются нескритичность, двигательная расторможенность и элементы психопатоподобного поведения. Пограничная интеллектуальная недостаточность у этих детей выражена в большей степени, чем при других формах инфантилизма: задерживаются в развитии компоненты когнитивных процессов на фоне снижения психической работоспособности. В отличие от легкой умственной отсталости (F 70 по МКБ-10) при таком расстройстве преобладают признаки эмоционально-волевой незрелости и в меньшей степени недостаточность собственно интеллектуальных функций (способность к обобщению, абстрагированию). В более старшем возрасте черты незрелости эмоционально-волевой сферы сочетаются с девиантным поведением (Ковалев В. В., 1995).

Кроме выше обозначенных разновидностей, Ю. Г. Демьянов (1988) выделяет *психофизиологический инфантилизм при эндокринной недостаточности*, при котором клиническая картина определяется сочетанием признаков инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного типа гормональной дисфункции. Так, при гипогенитализме характерны черты инфантилизма в сочетании с вялостью, медлительностью, несобранностью, рассеянностью, бесплодным мудрствованием. При гипофизарном субнанизме признаки незрелости сосуществуют со склонностью к педантизму, расстройствами внимания и логической памяти.

*Психогенный вариант инфантилизма* рассматривается как выражение аномального формирования личности в условиях неправильного воспитания. Формирующиеся в случаях депривации аффективная незрелость и повышенная лабильность, отсутствие внутренних запретов определяются неправильным воспитанием или длительной эмоциональной и социальной фрустрацией. С возрастом формируется эмоционально незрелая личность. При воспитании по принципу гиперпротекции наряду с инфантильностью ярко выступает эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, крайняя несамостоятельность, пассивность, психическая невыносливость, неспособность к напряжению. Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и постоянными запретами способствует выработке и закреплению эмоционально-волевой незрелости в виде сниженной инициативной активности, недостаточной самостоятельности, нерешительности. Однако всем разновидностям психогенного инфантилизма свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности или отсутствия высших этических установок и системы нравственных норм. У таких детей остаются недостаточно сформированными позитивно направленные социальные и интеллектуальные интересы, потребность в труде, чувство долга, отмечается искаженное понимание своих социальных обязанностей, своего будущего. Все это составляет основу для девиантного поведения таких детей (Лебединская К. С., 1982).

### ***ЗПР с невропатическим синдромом***

Термин «невропатия» для обозначения детей с так называемой «детской» нервностью, выявляющейся на резидуально-органическом фоне, в последние годы не используется. Начиная с младенческого возраста для таких детей характерны следующие проявления: капризность, крикливость, чрезмерная подвижность, сопровождаются нарушениями сна. Такие дети отличаются выраженной эмоциональной лабильностью, страхами, чрезмерной отвлекаемостью. Частым сопутствующим расстройством являются тики. На наш взгляд, состояние таких детей можно расценивать как проявление органического астенического расстройства (F 06.6) умеренной степени.

### ***ЗПР с психопатоподобным синдромом***

В данном случае клинические проявления определяются выраженными поведенческими нарушениями. Такие дети отличаются выраженным упрямством, крикливостью, агрессивностью, вспышками гнева. В более старшем возрасте эти черты сочетаются с девиантным поведением.

### ***ЗПР при общем недоразвитии речи***

Речь является одним из основных видов коммуникативной деятельности человека и представляет собой использование средств языка для общения. У ребенка с нарушением развития речи снижаются возможности по получению и переработке информации, страдает эмоциональная сфера и гармоничность формирования межличностных отношений. При более выраженной речевой патологии наблюдается заметное снижение темпа психического развития ребенка, его социальной адаптации. Развитие языка и речи является неотъемлемой частью психического онтогенеза. Сама структура языка тесным образом связана со структурой базовых психических процессов и поведения (Корнев А. Н., 2006).

Наиболее выраженные признаки ЗПР наблюдаются при *алалии* – системном недоразвитии речи вследствие поражения корковых речевых зон в доречевом периоде.

*Моторная алалия* связана с проявлением оральной апраксии и характеризуется недоразвитием моторной речи. Формирование речи происходит с запаздыванием, нарушена как лексико-грамматическая, так и фонетическая сторона речи. Ребенок испытывает специфические затруднения в построении фраз, искажает слоговую структуру слов (переставляет и пропускает звуки и слоги). При этом отмечается недоразвитие активного словаря, а понимание обращенной речи относительно сохранено.

Словарный запас у детей с моторной алалией развивается медленно, ограничен рамками обиходно-бытовой тематики, качественно неполноценен (выявляется неправомерное расширение и сужение значений слов, отмечаются многочисленные ошибки в их употреблении). Ребенок не может объяснить значение слов, не умеет пользоваться средствами словообразования.

Дети затрудняются при использовании предлогов и союзов, в их речи нет четкости родовых и числовых окончаний, неправильно используются смыслоразличительные приставки.

У детей с алалией выявляется общая моторная неловкость, неуклюжесть, дискоординация движений. Такие дети не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т. д. Как реакция на речевую недостаточность может отмечаться замкнутость, негативизм, неуверенность в себе.

Отмечаются трудности формирования гнозиса, праксиса, ограниченность и неустойчивость внимания, восприятия, продуктивной деятельности.

У детей с алалией наблюдается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению и абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т. е. снижены интеллектуальные операции, требующие участия речи.

В процессе развития речи дети с моторной алалией приобретают те или иные речевые навыки, но зачастую остаются детьми с недоразвитой речью.

*Сенсорная алалия* характеризуется нарушением понимания обращенной речи при наличии сохранного слуха. Одновременно с этим отмечается недостаточность более высокого уровня слухового восприятия (нарушения слухового гнозиса), поэтому ребенок неточно понимает обращенную речь. При сенсорной алалии всегда имеет место недоразвитие моторной речи. У таких детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются

фонемы и не воспринимается слово целиком, отмечается несформированность акустико-гностических процессов, понижение способности к восприятию речевых звуков.

При сенсорной алалии связь между словом и предметом (действием), который оно обозначает, не формируется. При сохранности звукопроводящей функции слухового анализатора у детей выявляется неспособность локализовать звук в пространстве, выявляются нарушения слуховой памяти, индифферентность к звуковым раздражителям.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего мира, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. У таких детей при отсутствии понимания становится невозможной или грубо искажается собственная речь. Дети пользуются для общения жестами, мимикой. Они правильно реагируют на изменение интонации, не понимая при этом слов-обращений. Не улавливая смысла, ребенок проговаривает воспринимаемую на слух речь и отдельные слова (эхолалия).

В соответствии с МКБ-10 в клинической практике используется термин «специфические расстройства развития речи» (СРРР) (F 80). Данное понятие затрагивает лишь категорию первичных нарушений развития речи, при которых выполняются следующие условия: ребенок имеет соответствующий возрасту интеллект, нормальный слух и необходимые условия для овладения речью. Задержка в развитии или повреждение проявляются без предшествующего периода нормального развития, течение заболевания постоянное, без ремиссий или рецидивов.

В понятие «специфические расстройства развития речи» не входят дизартрия, ринолалия, афазия, речевые нарушения, обусловленные нарушением слуха, умственной отсталостью, аутизмом, соматическими или неврологическими заболеваниями, социальными факторами.

Диагноз СРРР предполагает, что специфическая задержка находится в значительном несоответствии с общим уровнем когнитивного функционирования.

*F 80.0. Специфическое расстройство речевой артикуляции.* Специфическое расстройство развития, при котором использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, но при котором имеется нормальный уровень речевых навыков.

*F 80.1. Расстройство экспрессивной речи.* Специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или не быть расстройства артикуляции.

*F 80.2. Расстройство рецептивной речи.* Специфическое нарушение развития, при котором понимание ребенком обращенной речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту.

При этом экспрессивная речь также заметно нарушена и могут иметь место нарушения звукопроизношения. При таком расстройстве возможна подражательная речь с непониманием ее смысла – эхолалия.

В англоязычной литературе для обозначения первичных речевых нарушений наиболее широко используется термин «specific language impairment», или «SLI» (Leonard L., 1998).

Частота встречаемости первичных нарушений речевого развития в детской популяции составляет в среднем около 7,5 % (Tomblin J. B. et al., 1997). По данным D. Vonneau и соавторов (2004), этой патологией страдает 5–10 % детей дошкольного возраста. Большинство исследований обнаружили преобладание мальчиков в данной группе детей (Stanton-Ghaphman et al., 2002; Корнев А. Н., 2006). По мнению I. Richard (2004), факт значительного преобладания мальчиков в группе детей с СРРР предполагает наличие двух факторов, влияющих на развитие данной патологии: генетического и раннего гормонального воздействия.

Значительную роль в этиологии СРРР играют наследственные факторы. По данным А. Н. Корнева (2005), в ряде случаев одним из звеньев патогенеза является резидуально-органи-

ческое поражение головного мозга. Наиболее частой причиной является хроническая внутриутробная гипоксия плода, острые гипоксические состояния во время родов. У 79 % детей с первичным недоразвитием речи в анамнезе отмечались вредности анте- или пери- и постнатального периодов. Отмечается также, что в этиологии случаев избирательных и неосложненных форм недоразвития речи, приводящих к нарушениям средней степени тяжести, вероятно, преобладают наследственные факторы. При осложненных, тотальных формах недоразвития речи большую роль в их этиологии играют экзогенные факторы (Корнев А. Н., 2005).

Хотя по определению диагноз «специфическое расстройство развития речи» относится к детям с нормальным интеллектом, исследования показывают, что большинство из них имеют невербальный интеллект у нижней границы нормы (Stothard S. et al., 1998; Gauger L. M. et al., 1997). А. Н. Корнев в своих исследованиях показал, что у большинства детей с недоразвитием речи выражена дисгармония между сформированностью вербальных и невербальных интеллектуальных операций в пользу последних, однако все же при общем недоразвитии речи в невербальной сфере интеллекта около 80 % детей имеют те или иные недостатки.

Частой ситуацией является сочетание специфических расстройств развития речи и дислексии (Stothard S. et al., 1998; Snowling M. et al., 2000; Catts H., 1993). По данным G. M. McArthur и соавторов (2000), нарушения чтения имеют 51 % детей со специфическими расстройствами развития речи. Часто эти дети имеют повышенный уровень тревоги, чрезмерную застенчивость, заниженную самооценку (Корнев А. Н., 2006; Заваденко Н. Н., 2003).

## **Как отличить ЗПР от умственной отсталости**

Важнейшим отличием детей с задержкой психического развития от умственно отсталых сверстников является их способность принимать и использовать помощь в процессе коррекционного обучения, тем самым демонстрируя положительную динамику в своей обучаемости.

Критерии диагностики ЗПР подразделяют на абсолютные и факультативные (Захаров Н. П., 2006). К первой категории относят способность к обобщениям на должном уровне, которая у детей с ЗПР, в отличие от страдающих умственной отсталостью, присутствует, хотя и несколько отстает от нормы по срокам становления. Для этой цели используют трактовку пословиц и поговорок с выявлением их переносного смысла (например, «Без труда не вытащишь и рыбку из пруда»), тестов на определение сходства и различий предметов (например, «Чем отличается тетрадь от книги?»). Логическое мышление оценивается с помощью составления рассказа по картинкам. Другой абсолютный критерий – это обучаемость, подразумевающая способность к усвоению новых видов деятельности.

К факультативным критериям относят состояние предпосылок интеллекта, объем знаний, школьную успеваемость, социальную адаптацию и т. д.

Исследования детей с нарушением интеллекта позволяют составить перечень основных отличий легкой умственной отсталости от задержки психического развития церебрального происхождения на основании учета психофизиологических, клинико-психологических и педагогических проявлений первичного нарушения в развитии (табл. 1).

## Особенности когнитивной сферы у детей с ЗПР

### *Нарушение внимания*

У детей с разными формами ЗПР наблюдаются нарушения произвольного внимания. Типичным является снижение его концентрации, которое отрицательно сказывается на процессе обучения. Недостатки внимания обусловлены функциональными или органическими нарушениями центральной нервной системы и приводят к неспособности сосредоточиваться на выполнении заданий игрового или учебного характера.

У учащихся с ЗПР встречается повышенная истощаемость, что выражается в кратковременной продуктивности при выполнении заданий с быстрым нарастанием ошибок по мере достижения цели (Чупров Л. Ф., 1987). Нередко при этом нарастающая рассеянность проявляется в постоянном переключении внимания на различные объекты. Многократные проявления недостатков произвольного внимания в учебном процессе являются характерными для детей с ЗПР.

Проблемы произвольного внимания могут по-разному отражаться на учебном процессе у младших школьников с ЗПР. Например, ученик пишет текст и сосредоточивается только на том, чтобы передать его содержание, не замечая ошибок, искажений слов. Когда же ребенок обращает внимание на ошибки и правильное написание слов, то оказывается неверным содержание текста. В данном случае рассматриваются проблемы распределяемости произвольного внимания, от сформированности которого во многом зависит успешность процесса обучения.

Значительные недостатки произвольного внимания у детей с ЗПР встречаются при утомлении, на фоне астении, при отсутствии мотивации к учебной деятельности. Перечисленные нарушения внимания являются наиболее характерными для детей с ЗПР церебрально-органического происхождения. С учетом практики работы с детьми в школе выделяются различные особенности проявления расстройств их внимания (Тржесоглава З., 1986). Среди них:

- 1) повышенная истощаемость произвольного внимания;
- 2) недостаточная способность концентрации внимания;
- 3) чрезвычайное ограничение объема внимания, при котором дети воспринимают недостаточное количество информации, что приводит к фрагментарности восприятия и искажению результата деятельности;

#### *Таблица 1*

**Сравнительный анализ задержки психического развития церебрального происхождения и легкой умственной отсталости (по О. В. Заширинской)**

<p>Задержка психического развития церебрального происхождения</p>	<p>Легкая умственная отсталость (F70)</p>
<p>Данная группа по своему составу очень неоднородна. В некоторых случаях можно утверждать о явных индивидуальных различиях ребенка по сравнению с другими детьми. Причины возникновения задержки психического развития у такого ребенка могут носить комплексный характер, когда встречается сочетание биологического и социального факторов.</p>	<p>Группа этих детей более однородна по своему составу, чем сверстники с задержкой психического развития. Причиной этого является тотальное, органическое, стойкое поражение центральной нервной системы (головного мозга).</p>
<p>Не отмечается стойких, резко выраженных органических нарушений в динамике протекания нервных процессов. С возрастом они в значительной мере нивелируются. Развитие ребенка начинает приближаться к параметрам возрастной нормы. Условно считается, что к концу младшего школьного возраста эти дети выравниваются по своим психическим и образовательным возможностям со здоровыми сверстниками. Отставание в психическом развитии на фоне систематического школьного обучения может принимать различные формы школь-</p>	<p>Прогноз их развития менее благоприятен. Определенные социальные и интеллектуальные улучшения наблюдаются к пубертатному возрастному периоду при неосложненных формах умственной отсталости. Из-за когнитивного недоразвития коррекционная помощь не всегда способна улучшить их социальный и образовательный статус. Существует так называемый предел их обучаемости («эффект плато» по А. Р. Лурия). Для этих детей важнее не формирование учебных знаний, умений и навыков, а их социальное развитие.</p>

<p>ной неуспеваемости. Патогенную роль здесь будут играть социальные и педагогические условия обучения.</p>	
<p>Дети с признаками церебрастенического синдрома быстро утомляются. Особенно они избегают интеллектуальной нагрузки. У них снижена работоспособность. Требуется оптимальные условия для общего развития и обучения: замедленный темп предъявления заданий; дополнительные разъяснения; смена трудных и простых заданий; индивидуальный режим дня; дозированная учебная нагрузка.</p>	<p>Заметная инертность деятельности. Наличие двигательных и вербальных стереотипов. Дети нуждаются в частых повторениях, которые могут иметь достаточно однообразный характер. Без постоянного подкрепления наступает быстрое забывание, утрачиваются сформированные навыки. Для их обучения требуются максимально простые речевые инструкции. Наиболее успешно усваиваются элементарные знания, навыки, которые являются частью жизненного опыта ребенка.</p>
<p>Не сформированы предпосылки к реализации мыслительной деятельности. Отмечается отставание в развитии мышления. При определенных условиях дети способны достигать нормативных показателей интеллектуальной деятельности. Неравномерный характер интеллектуального развития. Преобладание индивидуальных вариантов возрастной динамики формирования мыслительной деятельности.</p>	<p>На фоне общего психического недоразвития имеется нарушение мышления. Отмечается наличие ограничения в развитии мышления, невозможность достичь уровня нормального интеллекта (IQ &lt; 70). Нарушение интеллекта носит всесторонний характер. Диагностируется недоразвитие всех форм и операций мыслительной деятельности. Речь не имеет решающего значения для стимулирования развития мыслительной деятельности.</p>

Возможно и необходимо стимулировать развитие мышления за счет применения активной речи. Дети постепенно начинают использовать возможности мышления для самостоятельного решения познавательных задач.	Дети склонны заучивать определенные приемы мыслительной деятельности, осваивают интеллектуальные шаблоны. У них преобладают стереотипы мышления, что затрудняет перенос усвоенных знаний на новые учебные и жизненные ситуации. Мыслительная деятельность требует постоянного внешнего стимулирования.
Речь хорошо развита. В дошкольном возрасте обычно требуется логопедическая помощь. При педагогической запущенности словарный запас ребенка ограничен. Он недостаточно свободно оперирует знаниями и представлениями об окружающей действительности. За словами не всегда имеется конкретное представление о предметах и явлениях. Важным коррекционным приемом для обучения этих детей становится вербализация собственных интеллектуальных действий. Проговаривание последовательности выполнения различных заданий способствует повышению успешности в их обучении, формированию навыков самоконтроля, когнитивного развития.	В первые годы жизни могут активно не использовать собственную речь. В зависимости от органического поражения головного мозга «безречевой период» может длиться до 3–4 лет. Длительное время речь не становится средством коммуникации. Словарный запас ограничен. В устных речевых высказываниях много словесных стереотипов. Недоразвитие речи затрудняет процесс обучения. Словесная регуляция действий формируется с очень большими затруднениями.
Требуется постепенное усложнение учебного материала с учетом зоны ближайшего развития ребенка.	В коррекционной работе эффективным является постоянное, достаточно однотипное (однообраз-

Важно дозировать когнитивную сложность интеллектуальных задач. Ребенку важно чувствовать себя успешным, чтобы сохранилась мотивация в учебном процессе. Формы подачи учебного материала могут быть достаточно разнообразны. Однотипное предъявление заданий, шаблонность приводят к утрате познавательного интереса.	ное) повторение всех интеллектуальных действий. Не требуется большого разнообразия дидактических приемов в подаче учебного материала. Важна его связь с повседневным опытом ребенка.
--	--

4) «неселективное» внимание, которое проявляется в неумении сосредоточиться на существенных признаках воспринимаемых объектов;

5) частая переключаемость внимания. В этом случае подразумевается спонтанная реакция детей на разные внешние раздражители. Они не могут долго сосредоточиваться на выполнении учебных заданий;

6) инертность внимания, выражающаяся в снижении способности переключать внимание с одного вида деятельности на другой.

Указанные особенности нарушения произвольного внимания у детей с ЗПР приводят к тому, что они:

- препятствуют реализации мыслительной деятельности;
- препятствуют активации сосредоточенности и избирательности в познавательной деятельности;
- затрудняют реализацию процессов восприятия и памяти.

На начальном этапе обучения ребенка с ЗПР в школе внимание характеризуется неустойчивостью, повышенной отвлекаемостью. Данные недостатки особенно ярко проявляются при длительном выполнении однообразных учебных заданий. Отвлечение внимания, снижение его концентрации наблюдаются при утомлении. Учащиеся с ЗПР перестают воспринимать новую информацию. В учебных знаниях постепенно накапливаются значительные пробелы. В письменных работах детей появляется множество ошибок, исправлений.

В учебной деятельности приходится учитывать некоторые основные особенности произвольного внимания детей с ЗПР. Во-первых, у них наблюдаются частые переходы от состояния активности внимания к полной пассивности (так называемая смена «рабочих» и «нерабочих» настроений), что связано с их нервно-психическим состоянием. Причем у учителя может создаваться ложное впечатление, что для данных изменений не имеется никаких оснований, они возникают без видимых внешних причин. Во-вторых, на успешность выполнения учебных заданий отрицательно влияют не только характеристики произвольного внимания, но также и учебные обстоятельства, такие, как сложность задания, значительный объем работы в классе.

В процессе наблюдения за обучением в классе были выявлены особенности динамики произвольного внимания учащихся с ЗПР, что позволило условно разделить их на три большие группы.

*1-я группа учащихся* – у них максимальное сосредоточение внимания наблюдается в начале урока, учебного дня. По мере усвоения новых знаний оно постоянно и неуклонно снижается.

*2-я группа учащихся* – сосредоточение внимания наступает не сразу. Требуется постепенная вработываемость. Дети медленно включаются в выполнение учебных заданий.

*3-я группа учащихся* – наблюдается периодичность в сосредоточении внимания.

Психологическая коррекция нарушения внимания требует длительного времени и условий, при которых дети могут работать, не отвлекаясь, постепенно приобретая усидчивость и аккуратность. Важно помогать ребенку формировать навык самоконтроля в учебном процессе. Одновременно востребованными будут различные коррекционные приемы для преодоления нарушений произвольного внимания, в частности, это может быть предъявление интересных, лично значимых заданий.

### ***Нарушение восприятия и пространственно-временных представлений***

Психолого-педагогическое изучение процесса зрительного восприятия у детей с ЗПР показало, что недостатки развития этого психического процесса сочетаются с проблемой формирования мыслительной деятельности, снижают их возможности в обучении.

Хорошо выделяя контурные фигуры, перечеркнутые линиями и штрихами, такие дети затрудняются при вычленении изображений, наложенных друг на друга, с ошибками понимают задания, связанные с определением направлений. Дошкольники с ЗПР хуже своих нормально развивающихся сверстников ориентируются на плоскости листа: не могут расположить предмет или рисунок в заданном месте, при выполнении графических заданий пропускают строчки и клеточки. Они плохо анализируют формы геометрических фигур, не могут соотнести предметы по двум-трем признакам: цвет, форма, величина. У всех детей с ЗПР старшего дошкольного возраста по результатам диагностики не выявляется сформированность метрического восприятия и пространственных представлений, достаточных для успешного усвоения школьной программы (Дунаева З. М., 1980).

Скорость восприятия младших школьников с ЗПР характеризуется выраженной замедленностью по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Им требуется больше времени для приема и переработки информации в условиях учебного процесса (Белый Б. И., 1989). При наблюдении за детьми в школе отмечались существенные затруднения в выполнении заданий, связанных с целенаправленным рассматриванием и узнаванием различного по содержанию материала (Переслени Л. И., 1990). В частности, указывалось на большое количество ошибок, допускаемых ими при списывании текста, а также при воспроизведении геометрических фигур по зрительному образцу. Недостатки восприятия отрицательно сказываются на развитии всех произвольных видов деятельности, особенно у детей с ЗПР церебрального генеза.

В экспериментальных исследованиях выявлены различные особенности зрительного восприятия младших школьников с ЗПР, которым не всегда удается успешно справляться с последовательным усвоением большого объема информации (Спионек Х., 1972). Усложнение материала при зрительном предъявлении объектов приводит к затруднениям целостного понимания усваиваемой информации.

Особенности восприятия школьников с ЗПР во многом связаны с недостаточной сформированностью пространственных представлений. Они плохо ориентируются в сторонах тела, испытывают затруднения при малейшем усложнении заданий и необходимости дать вербальный отчет о проделанных конструктивных действиях в тетради, на доске. Ориентировка в направлениях пространства осуществляется развернуто лишь на уровне практических действий, а не в умственном плане. Автоматизация этого умения, характерная для нормально развивающихся учащихся 1-го года обучения, у их сверстников с ЗПР формируется со значительным замедлением. Особенно сложна для них ориентировка в условиях мысленной перестановки изображения на 90 и 180 градусов.

Экспериментальные исследования выявили определенную последовательность в формировании у детей с ЗПР пространственных представлений. Сначала в дошкольном возрасте формируются представления о форме предметов, а к концу обучения в начальной школе около 70 % учащихся справляются с воспроизведением даже сложных геометрических форм (Шошин П. Б., 1984). С отставанием от нормативных сроков развития появляются представления о величине предметов в условиях их зрительного соотнесения и понимания принципа пространственной расположенности их частей. Значительными являются трудности у детей с ЗПР в восприятии и словесном обозначении пространственных соотношений между предметами. Формирование этого навыка происходит в два этапа. Постепенно возникает умение осуществлять действия с предметами по словесной инструкции, а потом дети учатся самостоятельно словесно обозначать взаиморасположение предметов. Затруднения в определении пространственных отношений между предметами объясняются тем, что в их основе нет реального, конкретного образа – они по существу абстрактны, требуют усилий репродуктивного воображения.

### *Нарушение памяти*

Память занимает существенное место среди всех психологических особенностей детей с ЗПР. Многочисленные клинические и психолого-педагогические исследования показали, что недостаточная сформированность мнестических процессов зачастую является главной причиной трудностей в школьном обучении.

Одной из основных причин недостаточного развития произвольной памяти является снижение познавательной активности (Поддубная Н. Г., 1976). Младшие школьники не только со значительными затруднениями воспроизводят словесный материал, но и затрачивают на его припоминание заметно больше времени, чем их нормально развивающиеся сверстники. Главное отличие заключается не столько в неодинаковой продуктивности ответов, сколько в разном отношении к поставленной цели. Учащиеся с ЗПР самостоятельно не предпринимают систематических попыток более точного припоминания информации и редко используют для этого вспомогательные мнемонические приемы.

Одной из основных причин неуспеваемости учащихся с ЗПР в школе является снижение показателей их произвольной памяти, что приводит к плохому усвоению содержания текстов, таблиц, схем (Масюкова Н. А., 1986). Детям трудно удерживать в уме цель и условия задач, упражнений и других учебных заданий, им свойственно колебание продуктивности памяти.

Известно, что в младшем школьном возрасте наглядный материал усваивается лучше вербального. Для детей с ЗПР является особенно важной форма предъявления информа-

ции для запоминания. Преобладание у них наглядной памяти над словесно-логической проявляется более отчетливо, чем у нормально развивающихся сверстников. В данном случае мнестическая деятельность детей с ЗПР характеризуется рядом своеобразных черт. Прежде всего, недостаточным умением использовать рациональные способы запоминания. Большинство детей младшего школьного возраста владеют приемом смысловой группировки материала по родовому признаку, но одни из них классифицируют предметы на достаточно высоком уровне словесно-логического обобщения, другие действуют лишь интуитивно практически, словесно не обозначая выделяемые группы предметов при воспроизведении.

Одной из наиболее важных характеристик произвольной памяти является эффективность опосредованного запоминания. Использование как внешних, так и внутренних опор является наиболее действенным способом увеличения границ памяти и незаменимым средством компенсации ее недостатков у школьников с ЗПР. Этой цели служит, в частности, ассоциативное и смысловое увязывание запоминаемого материала с прошлым опытом. Овладение умением пользоваться приемами опосредованного запоминания информации особенно важно для детей с ЗПР, имеющих недоразвитие памяти. Без специального обучения приемам запоминания они испытывают серьезные затруднения в применении наглядных опор при воспроизведении словесного материала. Вспомогательные средства в виде картинок не всегда повышают продуктивность их работы. Овладение операцией установления смысловых связей между информационными единицами текста еще не гарантирует успешности переработки и воспроизведения словесного материала.

Механическое запоминание может не отличаться от нормы, но отмечается ослабление смысловой и логической памяти, что связано со снижением способности к рядообразованию, волевому и психическому напряжению (Егорова Т. В., 1973; Иванов Е. С., 1971). Такие недостатки памяти при ЗПР отражают слабость мыслительной деятельности детей в силу преобладания предметно-конкретного мышления и во многом связаны с особенностями внимания и эмоционально-волевой сферы.

Кратковременной памяти детей с ЗПР также присущ целый ряд особенностей (Подобед В. Л., 1981). Характерным является общее недоразвитие кратковременной памяти у этих младших школьников при неодинаковом уровне сформированности ее различных сторон.

На протяжении обучения в начальных классах школы у учащихся с ЗПР улучшаются основные показатели кратковременной памяти: объем, скорость, точность, помехоустойчивость. Наибольшее возрастное улучшение показателей запоминания у них проявляется в тех заданиях, которые являются легкими и средне трудными.

Клинические и психолого-педагогические данные свидетельствуют о том, что отклонения в развитии памяти являются типичными для ЗПР. Нарушения памяти имеют у детей с ЗПР сложный вид. Отличительным признаком структуры мнестической деятельности при ЗПР является *патологическая затронутость одних сторон памяти при относительной сохранности других*. Конкретные проявления указанной неоднородности развития процессов запоминания, сохранения и воспроизведения в значительной мере индивидуальны.

### ***Нарушение мышления***

Существует целый ряд отличительных характеристик мыслительной деятельности младших школьников с ЗПР. Среди них отмечаются *недостатки ее мотивационного компонента*: сниженная познавательная активность, стремление избегать интеллектуального напряжения – вплоть до отказа от выполнения умственных задач. Установлено, что мотивационная основа мышления у 70 % этих детей является неустойчивой, недифференцированной по сравнению с нормально развивающимися сверстниками (Пускаева Т. Д., 1986). У школьников с ЗПР распространены нерациональные способы регуляции мыслительной деятельности.

Характерны затруднения словесного опосредования совершаемых ими действий при решении интеллектуальных задач. Не удается четко объяснить замысел выполнения учебных действий. Они не умеют свободно комментировать в речи свои достижения или ошибки. Указанные особенности мышления детей с ЗПР относятся к *модально-неспецифическим закономерностям* психического развития в условиях дизонтогенеза (Сорокин В. М., 2003).

В процессе психического развития качественным своеобразием мышления детей с ЗПР к началу школьного обучения становятся:

- 1) неумение ставить перед собой конкретную цель при самостоятельном решении мыслительных задач;
- 2) отсутствие поэтапного планирования умственных действий;
- 3) непонимание важности поиска рациональных способов решения интеллектуальных задач;
- 4) стремление в большинстве случаев использовать метод эмпирических проб (метод «проб и ошибок») при решении интеллектуальных задач на уровне наглядно-действенного мышления (Мамедов К. К., 1991).

У школьников с ЗПР в процессе обучения замедленно по сравнению с нормально развивающимися детьми формируются *умственные операции* анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации, систематизации, абстрагирования.

Отрицательно на развитии мыслительной деятельности сказывается *сниженная познавательная активность*, что в первую очередь проявляется в отсутствии интереса к решению интеллектуальных задач. Младшие школьники с ЗПР не умеют самостоятельно организовать выполнение заданий, поскольку:

- у них отсутствует этап ориентировки в задании;
- они заранее не составляют плана собственных действий;
- склонны к простейшему манипулированию предметами, объектами, частями информации из общего содержания интеллектуальных задач;
- без предварительного обдумывания торопятся предлагать неадекватный вариант решения задачи. Отличительными особенностями мыслительной деятельности младших школьников с ЗПР являются:

1) неумение предвидеть результаты собственных интеллектуальных действий, т. е. речь идет о несформированности антиципирующего анализа (от лат. *anticipation* – предвосхищение);

2) недостаток подвижности образов-представлений, что, в свою очередь, затрудняет скорость реализации мыслительных операций: установить симметричные отношения между объектами, мысленно произвести изменения воспринимаемых объектов (перевернуть рисунок на 180 градусов, «дорисовать в уме» недостающие части и детали объекта).

*Характерной особенностью детей с ЗПР является неравномерное развитие всех форм мышления. К началу школьного обучения наиболее развитой оказывается наглядно-действенная форма мышления, однако дети с ЗПР продолжают испытывать значительные трудности при решении практических познавательных задач (Защиринская О. В., 1994). Длительное время в процессе обучения внешние действия продолжают заменять учащимся с ЗПР выполнение конкретно-образных действий в умственном плане. Они продолжают манипулировать объектами, частями заданий, заменяя внешними действиями функции операций мышления. Указанное отставание в развитии этих форм мышления непосредственно проявляется при выполнении заданий, требующих участия остальных форм мышления.*

Особенности *логического мышления* у школьников с ЗПР наиболее заметны при построении логических выводов (умозаключений), когда важную роль выполняет умение детей оперировать понятиями, формулировать суждения, делать выводы с опорой на свои знания и личный опыт. По своим логическим суждениям младшие школьники с ЗПР в целом приближаются

к нормально развивающимся детям, а по умению строить выводы из двух логических предпосылок и доказывать истинность суждений – ближе к умственно отсталым учащимся.

## **Глава 2**

### **Синдром дефицита внимания с гиперактивностью**

Дети и подростки, страдающие синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), отличаются неусидчивостью, отвлекаемостью, гиперактивностью, импульсивностью. СДВГ встречается у достаточно большого количества детей в популяции и ведет к значительным нарушениям социальной адаптации.

## Распространенность заболевания

СДВГ представляет собой большую социальную проблему, так как встречается у значительного числа детей. Результаты различных эпидемиологических исследований говорят о существенном разбросе данных о распространении заболевания. Средние оценки распространения СДВГ лежат в пределах 4–12 % (Brown R. T. et al., 2004). В то же время у взрослых СДВГ встречается в 1–2,5 % случаев (Kooij J. et al., 2005).

Столь широкий разброс значений объясняется применением разных диагностических критериев и отсутствием единообразия в составе исследуемых групп. При оценке распространения СДВГ учитываются сообщения учителей, родителей и врачей, которые далеко не всегда согласуются между собой, так как поведение ребенка может меняться в зависимости от ситуации. Кроме того, завышенные результаты распространения СДВГ можно объяснить использованием психологических тестов оценки внимания, а не клинических критериев.

Авторами данного исследования (Л. С. Чутко, А. В. Сазонова, О. В. Коноплева, К. А. Айтбеков) сделана попытка сравнительного изучения распространенности СДВГ среди школьников г. Санкт-Петербурга и школьников г. Шымкента (Казахстан). Анкетирование родителей проводилось на основании критериев DSM-IV. К исследованиям были привлечены родители 1086 учащихся семи школ Санкт-Петербурга и 1174 учащихся школ Шымкента. В результате предположительные признаки СДВГ были выявлены у 6,3 % школьников Санкт-Петербурга и 4,7 % школьников Шымкента.

СДВГ в 3–4 раза чаще встречается у мальчиков (August G. J. et al., 1998; Barkley R. A., 1998). Относительное преобладание СДВГ среди них объясняют рядом причин: более высокой уязвимостью плодов мужского пола по отношению к различным воздействиям; большей степенью специализации больших полушарий мозга у мальчиков по сравнению с девочками, что обуславливает меньший резерв компенсаторных возможностей функций при поражении систем мозга, обеспечивающих высшую нервную деятельность (Корнев А. Н., 1995). Кроме того, у мальчиков СДВГ регистрируют чаще по причине их агрессивного поведения, а невнимательность у девочек гораздо реже сопровождается деструктивным поведением (Szatmari P., 1992).

СДВГ встречается у детей во всех социально-экономических группах. При этом ряд авторов отмечает, что несколько чаще СДВГ фиксируется в малообеспеченных слоях населения. Данный факт можно объяснить тем, что социальные факторы чаще вызывают сопутствующие поведенческие проблемы криминального характера. Также СДВГ более распространен в регионах с повышенной плотностью населения (Barkley R. A., 1998).

## Причины заболевания

В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органическое повреждение головного мозга и психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Травмы шейного отдела позвоночника у ребенка, вопреки бытующему у родителей и некоторых врачей мнению, не являются причиной данного заболевания.

Повышенная встречаемость расстройства у близнецов позволила предположить вовлечение генетических механизмов в этиологию заболевания (Sandberg S., 1996; Levy F., 1998; Quist J. F. et al., 2003). По данным J. Biederman и S. V. Faraone (1990), риск развития СДВГ составил 31,5 % для родственников пациентов с данным заболеванием.

Большое значение придается гену рецептора дофамина D4 (DRD4) и «гену – переносчику дофамина» (DAT1). M. Gill и G. Daly (1997) выдвинули гипотезу о возникновении заболевания, в основе которой лежит взаимодействие этих генов. Данные изменения определяют снижение содержания *дофамина* — медиатора (химического посредника, обуславливающего проведение нервных импульсов) возбуждения и снижение функционирования допаминергической нейромедиаторной системы головного мозга.

Значительную роль в происхождении СДВГ играют неблагоприятные факторы в течение беременности и родов. Шведский исследователь С. Gillberg (1983) отметил, что ряд признаков, сопровождающих нарушения внимания, в частности статикомоторная недостаточность, у детей пожилых первородящих матерей встречается в 5 раз чаще, чем у детей молодых матерей.

В некоторых работах описывают СДВГ (ММД) у детей, родившихся с низкой массой тела, и недоношенных детей (Fletcher J. M. et al., 1997; Barkley R. A., 1998). Важную роль в генезе СДВГ играют хроническая внутриутробная гипоксия плода (недостаток снабжения кислородом), к которой особенно чувствителен развивающийся мозг, и гипоксически-ишемическая (перинатальная) энцефалопатия новорожденных (Nelson K. V., Leviton A., 1991; Hill A., Volpe J. J., 1992).

R. T. Brown и соавт. (1991) обращают внимание на большой процент матерей, употреблявших алкоголь во время беременности, среди родителей детей с СДВГ по сравнению с контрольной группой.

Необходимо отметить роль материнской тревожности в генезе СДВГ. В. van der Bergh и соавт. (2005) предполагают, что выраженная тревожность матерей на сроке 12–22 недели может привести к развитию СДВГ. При этом нельзя также исключить прямое повреждающее воздействие гормонов стресса на мозг плода, нарушающее его нормальное развитие, что приводит к изменениям в нейротрансмиттерных системах.

В этой связи хочется отметить результаты исследований нашего аспиранта О. В. Лапшиной (2008), показавшей повышенный уровень тревожности у матерей детей с СДВГ, причем эта тревожность не была реакцией на заболевание ребенка, а носила базальный характер.

Нейроанатомические изменения при СДВГ поражают в основном связи между фронтальной корой и базальными ганглиями с преимущественной локализацией в правом полушарии. Так, F. X. Castellanos и соавт. (1994, 1996) отмечают уменьшение общего объема головного мозга примерно на 5 % у детей с СДВГ по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста и пола, а также меньшие размеры передних отделов правой лобной доли. Необходимо отметить, что если у здоровых детей правое хвостатое ядро несколько больше левого ( $D > S$ ), то у детей с СДВГ в связи с уменьшением размеров правого хвостатого ядра такая асимметрия не отмечается ( $D = S$ ). Кроме того, отмечается уменьшение размеров бледного шара (в большей степени правого).

Изучение мозгового метаболизма при СДВГ с помощью метода позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) показало уменьшение метаболической активности в лобных областях головного мозга (Lou H. C. et al., 1989; Zametkin A. J. et al., 1993; Filipek P., Semrud-Clikeman M., 1997). Данное явление отмечалось прежде всего в префронтальных (передних) отделах лобной области, которые контролируют внимание. Сокращение кровотока в префронтальных отделах особенно значимо во время выполнения интеллектуального задания (Lubar J. F., 1992).

Предполагается, что выявленные нарушения могут обуславливать снижение тормозного контроля двигательной активности, обеспечиваемого главным образом лобной корой и хвостатым ядром.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.