**ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Нарушения интеллекта у детей возникают по разным причинам и, соответственно, имеют различные проявления. Есть патологии врожденные и приобретенные. Причиной первых становятся родовые травмы, послеродовые осложнения, паталогическая беременность, неправильное поведение матери в период вынашивания (курение, употребление наркотиков, алкоголя, «пьяное» зачатие). Травмы, интоксикации, инфекции, гормональные расстройства и стрессовые ситуации, полученные в период младенчества и детства, провоцируют нарушения интеллекта.

Термин задержка психического развития применяется для определения детей с минимальными органическими повреждениями или недостаточной деятельностью центральной нервной системы. Кроме того, дети, находящиеся в условиях социальной депривации, также страдают задержкой развития. Эмоциональная сфера таких детей крайне незрелая, часто демонстрируется инфантильное поведение и мышление.

Интерес к проблеме ЗПР не уменьшается с прошлого столетия. Для описания этой достаточно разнородной по клиническим проявлениям группы отечественные и зарубежные авторы использовали множество различных названий: «псевдонормальные», «дети пограничной черты», «субнормальные», «слабо одаренные», «умственно недоразвитые» и т.д.

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

Задержка психического развития – вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью и имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе.

Природа явления задержки психического развития заключается в патологическом запаздывании развития лобных долей головного мозга или функциональных расстройств, связанных с деятельностью головного мозга.

Существенный методологический вклад в развитие представлений о детях с ЗПР внесли исследования Т. А. Власовой и М. С. Певзнер. Так, в 1966 М.С. Певзнер описала ряд клинических вариантов инфантилизма в контексте школьной неуспеваемости:

1) психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоциональноволевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

Были выделены основные этиологические факторы ЗПР, в числе которых наиболее часто встречаются: неблагоприятное течение беременности, патология родов, генетические и социальные факторы.

Исследования Т. А. Власовой и М. С. Певзнер позволили выделить две значительно различающиеся группы детей с ЗПР:

1) дети с психическим инфантилизмом и астеническими состояниями — с проявлениями более легких форм, с первичным снижением темпа эмоционально-волевого развития и более благоприятным прогнозом при условии своевременного выявления и индивидуального педагогического подхода;

2) дети с первичным нарушением познавательной деятельности, связанным с дефицитарностью отдельных корковых функций и церебрастеническими состояниями — с проявлениями более тяжелых, пограничных с умственной отсталостью форм, требующих специальной организации образовательных условий, коррекционной работы и медицинского сопровождения.

Детям с подобным нарушением свойственен ряд особенностей, которые могут быть более или менее выражены, существовать по отдельности или быть представленными комплексно.

**Внимание**. При ЗПР наиболее нарушена способность к активному и целенаправленному сосредоточению, поэтому характерны неустойчивость внимания и отвлекаемость. Внимание характеризуется также ограниченным объемом, недостаточным распределением, специфической избирательностью. Этому способствуют астенические и церебрастенические проявления, особенно при церебрально-органической форме: сниженная врабатываемость, низкая психическая устойчивость, быстрая истощаемость, а также слабость волевых процессов, недостаточность мотивации, сопутствующие невротические, неврозоподобные и психопатоподобные расстройства.

**Восприятие**. Восприятие при ЗПР характеризуется замедленностью в связи с необходимостью длительного периода приема и переработки информации, что во многом связано с дефицитом внимания и эмоционально-волевыми нарушениями, а также с недостаточностью целенаправленности и планомерности в изучении объекта.

Наиболее очевидными являются особенности зрительного восприятия. Замедленность опознания не позволяет ребенку быстро обследовать окружающую действительность, что приводит к затруднениям в реализации функции поиска. Скорость восприятия у детей с ЗПР существенно снижается относительно нормальной для данного возраста при любом отклонении от привычных для него условий (снижении освещенности, изменении расположения предметов и т.д.). Сенсорный опыт длительно не закрепляется в слове, поэтому особые трудности дети испытывают при овладении представлениями об окружающем мире (например, о величине и форме). Затруднен процесс анализирующего восприятия, связанного с необходимостью выделения структурных элементов предмета, их пространственного соотношения.

**Память**. Особенности памяти при ЗПР имеют признаки сходства как с особенностями памяти в норме, так и при умственной отсталости. К числу показателей памяти, по которым дети с ЗПР более близки к детям, развивающимся без отклонений, относятся показатели объема кратковременной памяти, скорости прироста продуктивности при заучивании, по уровню избирательности запоминания, частично — по характеру влияния различных по содержанию помех и некоторым нейродинамическим характеристикам. К чертам, сближающим особенности памяти при ЗПР и при умственной отсталости, относятся повышенная тормозимость следов памяти, сильная зависимость от уровня интерференции.

**Мышление**. Уровень наглядно-действенного мышления при ЗПР сопоставим с нормой, словесно-логическое мышление затруднено и формируется замедленно. Имеется выраженная недостаточность мотивационной основы мышления, снижена готовность к интеллектуальным усилиям. У детей с ЗПР нарушена регуляция мыслительной деятельности, для них характерны непланомерность, односторонность, неполнота переработки информации.

**Речь**. Развитие речи при ЗПР характеризуется значительной вариативностью — от замедления формирования отдельных сторон речевой деятельности до общего недоразвития речи. Широко встречаются трудности дифференциации звуков, восприятия оттенков речи, нарушения звукопроизношения, бедность словарного запаса, нарушения лексико-грамматического строя речи, нарушения чтения и письма. При ЗПР отмечается слабость словесной регуляции действий, поэтому действия ребенка отличаются импульсивностью, отвлекаемостью, недостаточной последовательностью выполнения интеллектуальных операций.

**Учебная деятельность**. Учебная мотивация у детей с ЗПР снижена. Включение их в конкретные учебные ситуации затруднено, что связано с трудностями вычленения значимой информации из предлагаемой, выбора варианта и средств решения, планирования и реализации последовательных действий. Интерес к учебным занятиям у таких детей резко снижен, часто встречаются псевдоучебные установки, обычно связанные с желанием обратить на себя внимание и уйти от решения предлагаемой задачи. Репродуктивный подход преобладает над продуктивным — это выражается в актуализации ранее усвоенных способов учебных действий, которые могут соотноситься с отдельными компонентами задачи, но не со всей совокупностью ее условий.

Тем не менее отличительной чертой детей с ЗПР является способность понимать, принимать и использовать помощь, а затем переносить вновь усвоенное на иные аналогичные задачи. Дополнительные затруднения в формировании учебной деятельности создают специфические расстройства развития школьных навыков в различных сочетаниях.

Данные о распространенности ЗПР в Российской Федерации весьма разноречивы. Это объясняется размытостью критериев постановки диагноза, отсутствием такого понятия, как ЗПР, в МКБ-10, а также тем, что в отношении ЗПР как нозологической единицы в последние десятилетия не проводилось эпидемиологических исследований. На сегодняшний день данные, которые можно найти в литературе, в основном характеризуют распространенность интеллектуальных расстройств в целом среди детской популяции, но изолированных данных по ЗПР не приводится.

Данный диагноз устанавливается детям до младшего школьного возраста, но некоторые родители, столкнувшиеся с проблемой ЗПР у ребёнка, не хотят верить, что их ребёнок таковой. Они думают, что их ребёнок просто медлительный, невнимательный и в процессе взросления обязательно перерастет все проблемы развития.

Но если не проводить с ребенком коррекционно-педагогическую работу, то признаки недоразвития психических функций могут сохраниться в более старшем возрасте.