

Лекція № 2

Психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР). Поняття інтелекту та його структура

1. Визначення поняття ЗПР.
2. Причини виникнення ЗПР.
3. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР:
4. Класифікація ЗПР за М. С. Певзнер, Т. А. Власовою.
5. Класифікація ЗПР за етіологічним принципом К. С. Лебединської.
6. Основні форми ЗПР.
7. Значення корекційно-виховної роботи для дітей з ЗПР.

Основні поняття теми: ЗПР, інфантилізм, конституційний інфантилізм, психогенний інфантилізм, соматогенний інфантилізм, церебрально-органічний інфантилізм, ММД (мінімальна мозкова дисфункція), диспраксія, дискалькулія, соціальна депривація.

Поняття інтелекту та його структура

Термін "*інтелект*" вживається у 2-х значеннях: вузьке – це процес мислення; широке – усі пізнавальні процеси індивіда, починаючи від сприймання і закінчуючи творчими процесами. Інтелект — це структура, що складається із:

- ядра;
- його передумов;
- інвентаря.

Інтелектуальне ядро – це інтелектуальні здібності до процесів узагальнення, умовивосновків, абстрагування тощо.

Передумова інтелекту — це усі психічні процеси індивіда (сприйняття, уява, пам'ять, мислення, мовлення).

Інвентар – знання, навички, досвід, які людина здобуває протягом життя.

Завдання, які дають дитині для перевірки інтелектуального ядра:

1. Дитині дається невербальне завдання ("Вилучи зайвий предмет").
2. Малюнок. У центрі стоїть хлопчик, який плаче, зліва — радісний хлопчик, який протягує м'ячик, справа — похмурий хлопчик, який не дає м'ячик. Дитина із затримкою розвитку не розкаже зміст сюжету, не побачить логічні зв'язки.

У дитини з вадами ЗПР обов'язково збережене інтелектуальне ядро. На відміну від розумово відсталої дитини, у дітей-олігофренів не порушується структура, є системність і сталість.

Визначення поняття ЗПР

Затримка психічного розвитку (ЗПР) — порушення нормально-го темпу психічного розвитку, коли окремі психічні функції (пам'ять, увага, мислення, емоційно-вольова сфера) відстають у своєму розвитку від прийнятих психологічних норм для даного віку. Це стан легкої інтелектуальної недостатності, який займає проміжне положення між інтелектуальною нормою та порушенням пізнавальної діяльності за типом олігофренії.

ЗПР як психолого-педагогічний діагноз ставиться тільки в дошкільному та молодшому шкільному віці. Якщо до закінчення цього періоду залишаються

ознаки недорозвинення психічних функцій, то мова йде вже про конституційний інфантилізм або про розумову відсталість. Однак на відміну від проблеми розумового розвитку при затримці психічного розвитку недоліки в здатності міркувати, робити умовленнєсновки, встановлювати причиново-наслідкові зв'язки між явищами, тобто абстрактно мислити, хоч і можуть за несприятливих умов виховання і розвитку дитини закріплюватися, набувати стійкого характеру, все-таки не є визначальними.

Вони вторинні, а *первинними виступають порушення працездатності, розлади уваги, пам'яті, сенсомоторних процесів, пізнавальної активності*. Ці порушення особливо виразно виявляються в дошкільному віці, і саме вони перешкоджають вчасно і повноцінно формуватися мисленню та мовленню. Якби з дошкільниками послідовно проводилася корекційна робота, то багато хто з них міг би успішно навчатися в загальноосвітній масовій школі.

Затримка психічного розвитку розглядається як явище тимчасове. Це відбите і в її назві. Особливо яскраво вона простежується на початку шкільного навчання, коли виявляються недостатність знань і уявлень про навколишній світ, незрілість емоційної сфери та мотивації (відсутність пізнавальних і переважання ігрових мотивів), несформованість довільної поведінки, відставання у розвитку мовлення.

Термін "затримка" підкреслює часовий (невідповідність рівня психічного розвитку паспортному віку дитини) і тимчасовий характер самого відставання, яке долається з віком, і тим успішніше, чим раніше створюються спеціальні умовлення для навчання і виховання цих дітей.

Дітей із ЗПР нерідко помилково відносять до олігофренів. У зв'язку з цим, на думку більшості дослідників, діагностика затримки психічного розвитку повинна здійснюватися переважно у психолого-педагогічному плані, у формі навчального експерименту.

У процесі психолого-педагогічного вивчення рекомендується застосовувати завдання в наочно-дієвому плані, що значно підвищує якість їх виконання. Для об'єктивнішої оцінки рівня розвитку мислення необхідно зіставляти результати роботи дитини у завданнях із словесно-логічним і наочно-дієвим матеріалом. У дітей із ЗПР великий розрив між тим, як вони можуть виконати завдання самостійно і за допомогою дорослого. На відміну від розумово відсталих, вони краще використовують допомогу та способи *застосування показаного способу дії при виконанні аналогічних завдань*. Цей факт дуже важливий як для діагностики затримки психічного розвитку, так і для позитивного прогнозу при навчанні таких дітей. У деяких випадках остаточне рішення може бути ухвалене тільки після тривалого психолого-педагогічного вивчення у процесі навчання.

На відміну від олігофренії, при якій спостерігається стійке загальне недорозвинення психіки, у дітей із ЗПР недорозвинення вищих психічних функцій *носить тимчасовий характер*. Ця обставина показує, що діти із ЗПР володіють повноцінними можливостями для подальшого розвитку. Діти із ЗПР можуть навчатися в спеціальній (корекційній) школі для розумово відсталих та в класах корекційно-розвивального навчання при масовій школі.

Початок корекції у шкільному віці — це завжди важча і менш оптимістична справа, бо доводиться долати наслідки педагогічної занедбаності, яка буває особливо згубною для дітей з певними проблемами психофізичного розвитку.

Причини виникнення ЗПР

За проявами та глибиною порушень затримка психічного розвитку досить нерівномірна, що зумовлено як різними причинами її виникнення, так і неповторністю індивідуальності кожної дитини, історії її виховання та розвитку.

Причини виникнення ЗПР можна розділити на дві великі групи:

- 1) причини біологічного характеру;
- 2) причини соціально-психологічного характеру. До причин біологічного характеру відносять:

- різні варіанти патології вагітності (важкі інтоксикації, резус-фактор);
- недоношеність дитини;
- родові травми;
- різні соматичні захворювання (важкі форми грипу, рахіт, хронічні хвороби – пороки внутрішніх органів, туберкульоз тощо);
- неважкі мозкові травми.
- органічні ураження ЦНС (мінімальна мозкова дисфункція).

Серед причин соціально-психологічного характеру виділяють наступні:

- ранній відрив дитини від матері та виховання в повній ізоляції в умовах соціальної деривації, що призводить до неможливості задовольнити потребу в емоційному контакті з близькими дорослими;
- дефіцит повноцінної, що відповідає віку, діяльності: предметної, ігрової, спілкування з дорослими тощо.
- умовлення виховання дитини в сім'ї (гіпоопіка, гіперопіка) або ж авторитарний тип виховання.

Ще тяжчими бувають наслідки, якщо поєднуються біологічні та соціальні фактори. На жаль, частіше саме так і буває. Наприклад, відомо, що в дитячих будинках переважна більшість дітей має батьків, які не змогли виконувати свої батьківські обов'язки, не дбали ні про фізичне здоров'я, ні про виховання власних дітей. Зазначимо, що й умовлення інтернату теж не є оптимальними для повноцінного формування особистості дитини. Саме тому в цих закладах виявляється дуже багато дітей із затримкою психічного розвитку. Немало їх і в неблагополучних сім'ях. Усі вони потребують комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги. Вона починається з діагностики, зокрема із з'ясування, у чому полягають проблеми психічного розвитку дитини та як методи педагогічного впливу необхідно вжити для їх подолання.

Основною причиною ЗПР, на думку більшості дослідників (Т. А. Власова, М.С.Певзнер, К.С.Лебединська та ін.), є *слабовиражені (мінімальні) органічні ураження головного мозку*, які можуть бути вродженими або виникати під час пологів, а також ранньому періоді життя дитини. У деяких випадках може спостерігатися й *генетично обумовлена недостатність центральної нервової системи*. *Інтоксикації, інфекції, обмінно-трофічні розлади, травми* тощо. ведуть до негрубих порушень темпу розвитку мозкових механізмів або викликають легкі

церебральні органічні ушкодження. Унаслідок цих порушень у дітей протягом досить тривалого періоду спостерігається функціональна незрілість центральної нервової системи, що, у свою чергу, виявляється в слабкості процесів гальмування та збудження, ускладненнях в утворенні складних умовленнєвих зв'язків.

Класифікація ЗПР за М. С. Певзнер, Т. А. Власовою

Вивчення дітей із затримкою психічного розвитку почалося у 50-ті рр. XX ст. Дослідниками Т.А.Власовою, М.С.Певзнер, К.С.Лебединською, В.І.Лубовським та ін. серед неуспішних молодших школярів були виявлені учні, неуспішність і особливості поведінки яких часто давали помилкову підставу вважати їх розумово відсталими.

У ході подальших досліджень серед дітей цієї категорії Т.А.Власовою і М.С.Певзнер були виділені дві групи.

До першої групи увійшли діти з порушеним темпом фізичного та розумового розвитку, які були охарактеризовані як діти з психофізичним і психічним інфантилізмом. Затримка їх розвитку викликана сповільненим темпом дозрівання лобної частини кори головного мозку та її зв'язків з іншими ділянками кори та підкірки. Ці діти поступаються одноліткам у фізичному розвитку, вирізняються інфантилізмом у пізнавальній діяльності і вольовій сфері, повільно включаються в навчальну діяльність, швидко стомлюються, для них характерна низька працездатність.

Другу групу склали учні з функціональними розладами психічної діяльності (церебрастенічними станами), які звичайно є наслідком мозкових травм. Для цих школярів характерна слабкість основних нервових процесів, хоча глибоких порушень пізнавальної діяльності у них немає і в періоди нормалізації стану вони можуть досягти високих результатів у навчанні.

На підставі проведених досліджень були розроблені рекомендації для педагогів щодо роботи з дітьми, що мають подібні відхилення в розвитку. Пізніше таких дітей стали називати дітьми із затримкою психічного розвитку.

Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР

У появі синдрому ЗПР істотну роль виконують *конституційні чинники*: органічна недостатність нервової системи генетичного походження, тривалі несприятливі умови виховання. Несприятливі соціальні чинники посилюють відставання в розвитку, але не є єдиною або головною причиною ЗПР.

У значної частини дітей основною причиною неуспішного засвоєння знань є неспроможність цілеспрямовано працювати. У них зазвичай дуже нестійка увага, низька працездатність. Зовні це може виявлятися в діаметрально протилежних станах. Одні діти справляють враження дуже активних, непосидючих, у яких енергія так і вирує. Насправді ж вони просто перезбуджені, їхня активність — це псевдоактивність. Дитина не керує своєю поведінкою: вона, не подумавши, хапається за все і відразу облишає, зіткнувшись із першою трудностю, береться до чогось іншого.

Справді активна, енергійна дитина, хоч і може бути швидкою, цілеспрямованою, але послідовно розв'язує поставлене перед собою завдання.

Є й інші прояви розладів уваги та цілеспрямованості, коли на тлі загальної нервової ослабленості переважають гальмівні процеси, тому дитина буває млявою, малорухливою, нерішучою, боязкою. Їй особливо важко розпочати нову справу. Часто без втручання дорослих вона залишається бездіяльною.

Поодинокими є випадки, коли під час психологічного обстеження у дітей з названими розладами *виявляється цілком достатній інтелектуальний розвиток*. Але реалізувати свої інтелектуальні можливості такі діти не можуть без індивідуальної допомоги дорослого, який бере на себе функцію організації їхньої діяльності. На занятті ж разом із групою дітей вони зовсім не працюють і майже нічого не засвоюють.

Тим часом у шкільному віці навчання є провідною діяльністю, основною рушійною силою розвитку дитини в цей час. Тому, коли дитина не включається в навчання, значно сповільнюється й її інтелектуальний розвиток: загальна обізнаність стає поверховою, відстає формування мислительних операцій і схематичних знань. Такі діти часто ростуть у сім'ях з особливим типом батьківського ставлення до виховання. Батьки або дуже опікають дитину, випереджають усі її бажання, вважають маленькою, або надто "старанно виховують": контролюють кожен крок, прискіпливо вимогливі, схильні до тиску, мало зважають на реальні можливості дитини.

Найчисленнішу групу дітей із затримкою психічного розвитку становлять такі, що насамперед привертають увагу відставанням від своїх ровесників в інтелектуальному розвитку. У них значна обмеженість знань та уявлень про навколишній світ, несформованість мислительних операцій, що виявляється не тільки в словесно-логічному мисленні, а й у сприйманні конкретних якостей предметів, у розвитку мовлення дуже збіднений словник, недорозвинені граматично висловлювання. У процесі розв'язання діагностичних завдань вони мають значні труднощі через обмеженість досвіду, несформованість навичок інтелектуально працювати, недорозвиненість мовлення, яке, як відомо, дає змогу усвідомити свої дії та керувати ними. Проте в межах доступного матеріалу ці діти здатні скористатися допомогою; вони дуже чутливі до позитивної стимуляції, під впливом якої стають уважнішими і продуктивнішими. Тому такі діти в умовах індивідуальної роботи виявляють здатність засвоювати знання і свідомо ними керуватися. Але вони зовсім не готові до навчання в умовах масової школи. Саме тому їм необхідна тривала й систематична корекція у спеціально організованих умовах навчання.

Найважче піддаються корекції діти, проблеми інтелектуального розвитку яких зумовлені насамперед зниженням рівнем засвоєння знань. Це виявляється в особливій негнучкості, інертності мислення, внаслідок чого дитині важко буває змінити непродуктивний підхід до розв'язання завдання на продуктивніший, скориставшись додатковими знаннями: підказкою, поясненням. Особливо виразно це помітно під час класифікації об'єктів, для якої потрібно виділити суттєве, абстрагуватися від другорядного, узагальнити. Ще важчим завданням є знаходження іншої спільної ознаки. На відміну від описаних вище дітей з достатньо збереженою навчованістю, представники цієї групи мають труднощі і в

оперуванні наявним у них досвідом. Діти мають великі труднощі у засвоєнні програмного матеріалу навіть в умовах спеціального закладу.

В основі зниженої навчованості таких дітей лежать такі негативні характеристики функціонування центральної нервової системи, які зумовлені *хворобою, спадковими вадами*. За змістом ці розлади часто нагадують розумову відсталість, хоч і м'якше виражені. Діти зі зниженою навчованістю, як правило, потребують спеціального навчання не тільки в початковій школі, а й в основній. Досвід показав, що, відчуючи труднощі в засвоєнні теоретичних знань, вони досить продуктивні в здобутті практичного досвіду і непогано опановують багато різних професій. Тому перспектива розвитку школи інтенсивної педагогічної корекції, зокрема її основної ланки, пов'язана з поглибленням професійно-трудової підготовки учнів.

Окремої уваги заслуговують діти, які мають порушення певних функцій, таких як мовлення, просторове сприймання, зорово-рухова координація. Вони є причиною того, що діти, маючи цілком достатній інтелектуальний розвиток, не можуть опанувати письмо, читання, лічбу. Названі порушення в поєднанні з іншими факторами затримки психічного розвитку створюють картину особливо значних труднощів у навчанні дітей.

Таким чином, для дітей із ЗПР характерні:

- значна неоднорідність порушених і збережених ланок психічної діяльності;
- яскраво виражена нерівномірність формування різних сфер психічної діяльності;
- низький рівень розвитку сприйняття — необхідність тривалішого періоду часу для прийому і переробки сенсорної інформації (не завжди дізнаються і часто змішують схожі за зображенням літери і їх окремі елементи; часто помилково сприймають поєднання літер і так далі);
- неповноцінність тонких форм зорового і слухового сприйняття, недостатність планування і виконання складних рухових програм;
- недостатньо сформовані і просторові уявлення: орієнтування в просторі; часто виникають труднощі при просторовому аналізі і синтезі ситуації;
- нестійкість, неуважність, низька концентрація, труднощі під час переключення уваги;
- відхилення в розвитку пам'яті — зниження продуктивності запам'ятовування і його нестійкість; велике збереження мимовільної пам'яті; помітне переважання наочної пам'яті над словесною; низький рівень самоконтролю в процесі заучування і відтворення;
- розвиток пізнавальної діяльності цих дітей, починаючи з ранніх форм мислення — наочно-дієвого і наочно-образного;
- недостатньо сформована аналітико-синтетична діяльність в усіх видах мислення — при аналізі предмета або явища діти називають лише поверхневі, несуттєві якості з недостатньою повнотою і точністю;
- зниження пізнавальної активності — одні діти практично не ставлять запитання про предмети і явища навколишньої дійсності (повільні, пасивні, з уповільненою промовою); інші діти ставлять запитання, що стосуються, в

основному, зовнішніх властивостей навколишніх предметів (дещо розгальмовані, багатослівні);

- поверхневість і неповнота знань про предмети і явища навколишнього світу, які отримуються дітьми переважно із засобів масової інформації, книг, шляхом спілкування з дорослим;

- загальна неорганізованість, імпульсивність, недостатня цілеспрямованість, слабкість мовленнєвої регуляції; низька активність в усіх видах діяльності, особливо спонтанній;

- порушений контроль над виконуваною діяльністю, вони часто не помічають невідповідності своєї роботи запропонованому зразку, не завжди знаходять допущені помилки навіть після прохання дорослого перевірити виконану роботу;

- послаблення регуляції в усіх ланках;

- знижена потреба в спілкуванні як з однолітками, так і з дорослими;

- недорозвинення соціальної зрілості;

- несформованість ігрової діяльності;

- зниження рівня навчальної діяльності порівняно з дітьми, що нормально розвиваються. На відміну від розумово відсталих, вони мають відносно високий рівень навчання, тому після наданої їм допомоги у більшості випадків можуть опанувати способами вирішення запропонованої задачі і користуватися ними надалі;

- відставання в становленні мовлення, низька мовленнєва активність, недостатність динамічної організації мовлення, обмеженість словника, неповноцінність понять, низький рівень практичних узагальнень, труднощі в розумінні і вживанні ряду лексем, недостатність словесної регуляції дій.

Класифікація ЗПР за етіологічним принципом К. С. Лебединської

Загальні форми затримки психічного розвитку.

1. Затримка психічного розвитку у зв'язку з порушенням темпу зрілості психічних функцій.

Саме у цій формі розглядаються *форми інфантилізму*, які виділяє К.С.Лебединська:

- *інфантилізм конституційного походження – психічний і психофізичний інфантилізм (від лат. Infantilis – дитячий).* Характерний тим, що дитина, яка перебуває на певному етапі свого розвитку, виявляє риси поведінки, притаманні дітям більш раннього віку. Такі діти відрізняються зовнішністю, відставанням у емоційній сфері, у них спостерігаються велика вираженість емоційних проявів, яскравість емоцій і разом з тим їх нестійкість, характерні легкі переходи від сміху до сліз, яскраво виражені ігрові інтереси;

- *соматогенний інфантилізм (від грец. soma – тіло).* Затримка пов'язана з тривалими соматичними захворюваннями у ранньому дитинстві (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом), алергічними захворюваннями, захворюваннями шлунку, серцево-судинною недостатністю, хронічними запаленнями легень, захворюваннями нирок. Усе це призводить до затримки центральної нервової системи (ЦНС). У зв'язку з хворобою гальмуються пізнавальні процеси;

- *психогенний* (беруться до уваги умовлення виховання дитини,

середовище — гіпоопіка, гіперопіка). При несприятливих умовах виховання виникають порушення у формуванні особистості. Недостатність розвитку ЦНС;

- *церебрально-органічний* (від лат. cerebrum – мозок) – нервово- психічна слабкість, зумовлена захворюванням мозку (інфекції, травми).

Легкі ураження нервової системи, оскільки більш тяжкі спричинюють розумову відсталість, тобто стійке порушення пізнавальної діяльності, тоді як при церебрально-органічній затримці психічного розвитку інтелект первинно збережений. Причини: різні патологічні родові травми, асфіксія, інфекції, захворювання у перші роки життя. — органічний інфантилізм. Спостерігається мінімальна мозкова дисфункція (ММД).

2. *Зі спеціальним чи частковим недорозвитком психічних функцій* (діти з ДЦП, із загальним недорозвитком мовлення, з дискалькулією, диспраксією).

(Дис) – часткове порушення.

(а) – повне заперечення певного процесу.

Дискалькулія – порушення навичок рахунку. Симптоми дискалькулії виражаються в труднощах:

- розуміння побудови чисел і понять числа;
- розуміння внутрішнього складу числа і зв'язку чисел між собою;
- розуміння лівого і правого компонентів числа, значення нуля;
- побудова автоматизованих цифрових, особливо порядкових рядів;
- виконання елементарних розрахункових дій;
- розпізнавання числових знаків;
- заучування таблиці множення;
- розв'язування задач тощо.

Диспраксія (апраксія) — своєрідні рухові розлади, за яких немає ні паралічів, ні порушень м'язового тону, але дитина відчуває труднощі в координації і при виконанні складних рухів. Часто здорові діти проходять через стадію незграбності, але більшість переростають її. У дітей з диспраксією тенденція до незручності зберігається і спричинює невдачі в щоденному житті. У більшості дітей, які страждають на диспраксію, виникають проблеми в поведінці. Диспраксія виявляється приблизно в однієї дитини з двадцяти, в більшості випадків у хлопчиків. Диспраксія має інші назви: синдром незграбної дитини, розлад координації, мінімальна дисфункція мозку (МДМ), труднощі рухових реакцій. Своєчасна діагностика цього стану дуже важлива, щоб знизити ймовірність проблем у поведінці чи навчанні.

3. *Затримка, яка спостерігається у зв'язку з порушенням сенсорної сфери, аналізаторів (слухового та зорового).*

4. *У зв'язку із соціальною депривацією (діти без сім'ї).* Депривація – обмеження або позбавлення доступу до матеріальних і духовних ресурсів, можливостей.

Виділені К. С. Лебединською варіанти відрізняються один від одного особливістю структури та характером співвідношення двох основних компонентів даної аномалії розвитку: типом інфантилізму та характером нейродинамічних розладів. У клініко-психологічній структурі кожного з перерахованих варіантів ЗПР

є специфічне поєднання незрілості емоційної та інтелектуальної сфер.

Основні форми ЗПР

ЗПР конституційного походження — так званий гармонійний інфантилізм (неускладнений психічний та психофізичний інфантилізм), за якого емоційно-вольова сфера знаходиться на більш ранньому ступені розвитку, багато в чому нагадуючи нормальну структуру емоційного складу дітей молодшого віку. Для таких дітей характерні переважання емоційної мотивації поведінки, підвищений фон настрою, безпосередність і яскравість емоцій при їх поверховості та нестійкості, легка навіюваність. Ускладнення в навчанні, які нерідко спостерігаються в молодших школярів, пов'язані з незрілістю мотиваційної сфери та особистості в цілому, переважанням ігрових інтересів. Таким дітям часто відповідає інфантильний тип статури з дитячою пластичністю, мімікою та моторикою. Причинами цього виду ЗПР є вроджено-конституційна етіологія, а також внутрішньоутробні або обмінно-трофічні розлади перших років життя.

Діти із ЗПР конституційного походження за зростанням та фізичним розвитком відстають від своїх однолітків на 1,5–2 роки. Для них характерні жива міміка, виразна жестикуляція, швидкі, поривчасті рухи. На перший план виступає невтомлюваність у грі та швидка втомлюваність при виконанні практичних завдань. Особливо швидко цим дітям набридають одноманітні завдання, які вимагають зосередженої уваги досить тривалий час (малювання, лічба, читання, письмо). Дітям властиві слабка здібність до розумового напруження, навіюваність. Діти з інфантильними рисами поведінки несамостійні та некритичні до своєї поведінки. На заняттях не виконують завдання. Можуть плакати через дрібниці, але швидко заспокоюються при переключенні уваги на гру або на щось інше, що приносить їм задоволення. Люблять фантазувати, замінюючи й витісняючи своїми вигадками неприємні для них життєві ситуації.

ЗПР соматогенного походження обумовлена тривалими хронічними захворюваннями (інфекціями та алергічними станами), уродженими або набутими соматичними захворюваннями, вадами серця. На уповільнення темпу психічного розвитку дітей впливає стійка астения, яка знижує не тільки фізичний, але й психічний тонус. Часто має місце й затримка емоційного розвитку — соматогенний інфантилізм, який обумовлений рядом невротичних станів — невпевненістю, боязню, які пов'язані з відчуттями своєї фізичної неповноцінності, а іноді викликані режимом заборон і обмежень, у якому знаходиться ослаблена і хвора дитина.

У дітей із ЗПР соматогенного походження через недостатнє вироблення гормонів, яке викликане ендокринними захворюваннями, у віці 12–13 років може бути затримка статевого дозрівання. При цьому формуються своєрідні особливості психіки підлітка, які частіше виявляються у хлопчиків. Знижується пам'ять, увага швидко розсіюється, тому учень робить багато помилок. Це діти з нормальним інтелектом, вони відрізняються великою ерудицією.

ЗПР психогенного походження обумовлена несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини.

Цей тип ЗПР слід відрізняти від явища педагогічної занедбаності, яке не є патологічним станом унаслідок недостатчі інтелектуальної інформації.

ЗПР психогенного походження спостерігається перш за все з причини психічної нестійкості, яка найчастіше обумовлена явищем гіпоопіки, за якої у дитини не формуються почуття обов'язку та відповідальності. Не стимулюється розвиток пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів. Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери у вигляді афектної лабільності, імпульсу, підвищеної навіюваності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань та уявлень, які необхідні для засвоєння шкільної програми.

Варіант ЗПР за типом "кумир сім'ї" обумовлений, навпаки, гіперопікою — вихованням із зайвою ніжністю, за якого дитині не прищепляються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для цього психогенного інфантилізму разом з малою здібністю до вольового зусилля властиві риси егоцентризму та егоїзму, нелюбов до праці, установка на отримання постійної допомоги та опіки.

Варіант ЗПР за невротичним типом частіше спостерігається в дітей, батьки яких виявляють грубість, жорстокість, деспотичність. Зростаючій особистості характерні боязнь, емоційна незрілість, нерішучість, малоактивність та безініціативність.

ЗПР церебрально-органічного походження зустрічається частіше за інші типи, які описані вище, і нерідко має велику стійкість та вираженість порушень як в емоційно-вольовій сфері, такі в пізнавальній діяльності. Причинами цього типу ЗПР є: патологія вагітності (важкий токсикоз, інфекції, інтоксикації та травми, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором), недоношеність, асфіксія і травми при пологах, післяпологові нейроінфекції.

У даної категорії дітей спостерігаються: затримка фізичного розвитку (недорозвинення мускулатури, недостатність м'язового та судинного тону, затримка зростання), затримка у формуванні статичних функцій, ходьби, мовлення, навичок охайності, етапів ігрової діяльності. Емоційно-вольова незрілість представлена органічним інфантилізмом. У дітей відсутні жвавість і яскравість емоцій, які є типовими для здорової дитини; характерна слабка зацікавленість в оцінці, низький рівень домагань. Ігрову діяльність характеризує бідність уявлень й творчості, монотонність і одноманітність. Так, на гру перетворюється діяльність, яка вимагає цілеспрямованої інтелектуальної здатності. Для дітей із ЗПР церебрально-органічного походження характерні порушення пізнавальної діяльності, які обумовлені недостатністю пам'яті, уваги, інертністю психічних процесів, їх повільністю та зниженим переключенням.

Залежно від походження, а також від часу дії на організм дитини шкідливих чинників ЗПР дає різні варіанти відхилень в емоційно-вольовій та пізнавальній діяльності.

Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми із ЗПР

Поліпшення корекційної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку потребує системи заходів. Сьогодні відомо, що такі діти є майже в усіх групах дитячих дошкільних закладів, у кожному класі початкової школи. Проте для точнішого уявлення масштабів відповідної корекційної допомоги цій категорії

дітей необхідне здійснення їх моніторингу серед дошкільників та молодших школярів.

Практика широкого впровадження корекційної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку потребує системи їх активного виявлення. Вона може бути забезпечена узгодженою співпрацею дошкільної та шкільної психологічної служб із психолого-медико-педагогічними консультаціями, мережа яких нині недостатня, хоча поволі зростає. Потрібне й подальше удосконалення навчальних програм та корекційних технологій, поглиблення їх диференціації відповідно до різних категорій дітей із затримкою психічного розвитку. Особливої уваги заслуговує забезпечення соціально-трудової адаптації та професійної підготовки цих дітей.

Такі діти потребують спеціальної допомоги у процесі навчання та соціально-трудової адаптації. Вони значною мірою визначають контингент учнів, особливо початкової школи, які постійно не встигають. Тому своєчасна корекція цієї специфіки в розвитку дітей є водночас і розв'язанням проблеми шкільного невстигання та правопорушень учнів. Більше половини неповнолітніх правопорушників, як засвідчує статистика, мають знижений рівень інтелектуального розвитку. Причини такого взаємозв'язку досить очевидні: дитина, яка не знайшла свого місця в школі через труднощі в навчанні, опиняється на вулиці, шукає самоствердження в асоціальній поведінці. Отже, налагодження системи допомоги дітям із затримкою психічного розвитку набуває важливого суспільного значення.

Сучасні підходи до вивчення проблеми затримки психічного розвитку дитини дають змогу розглядати її як межовий стан психічного розвитку. Йому властиві розлади інтелектуальної та емоційно-вольової сфер. Пізніше, якщо дитина не отримує своєчасної допомоги, у неї під впливом невдач у навчанні, спілкуванні з ровесниками та дорослими виникають і негативні зміни в особистості.