

УДК 372 3:376.4

А. Малигіна

аспірант

кафедри диференціальної і спеціальної психології

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Стаття присвячена психолого-педагогічному аналізу стану проблеми дослідження особистості дитини із затримкою психічного розвитку у зарубіжній та вітчизняній психологічній науці. Показано, що дітям із ЗПР притаманні такі специфічні особливості, як знижена пізнавальна активність, розпад інтелектуальної продуктивності, слабкість пізнавальних інтересів, обмеженість, вибірковість знань та уявлень про оточуюче, несформованість навичок спілкування, ускладнених мовленнєвою патологією, що позначаються на їх розвитку, навчанні та соціальній адаптації тощо.

Ключові слова: онтогенез, затримка психічного розвитку, дефіцитарність окремих психічних функцій.

Проблема дітей ЗПР була предметом наукових досліджень багатьох українських, російських та зарубіжних учених.

Як відомо, історія вивчення затримки психічного розвитку дітей була започаткована працями Е. Lasegne та К. Larrain [цит. за 7]. Вони першими описали клініку інфантилізму в дітей. Т. П. Сімпсон звузила цю групу, відзначивши, що, крім незрілості емоційно-вольової сфери, у таких дітей спостерігається деяке відставання в розвитку пізнавальних здібностей, уваги, пам'яті, що створює їм певні труднощі при навчанні в школі. Відомі дослідники інтелекту А. Біне і Сімон виділили учнів із дещо зниженим рівнем інтелекту, їх назвали «псевдоненормальними учнями», підкресливши тим самим їхню відмінність від дітей, котрі нормально розвиваються, і від олігофренів. Американські науковці А. Штраус і Л. Летінен, автори в цій царині, що стала тепер класичною монографією [9], описали важливі особливості дітей із мінімальними пошкодженнями мозку. Серед цих особливостей виділялися: стійкі труднощі у навчанні, не зовсім адекватна поведінка, але при цьому достатньо високі збережені інтелектуальні здібності. Як етіологічний фактор зазначалося слабковиражене ранне ураження центральної нервової системи. А. Штраус і Л. Летінен відзначали як досить важливу характеристику відносно високі, в межах норми, показники за інтелектуальними тестами багатьох дітей цієї категорії, хоча водночас такі діти відчувають великі труднощі в навчанні.

Більшість зарубіжних психологів вважають, що у значної частини дітей із ЗПР органічне пошкодження мозку може бути виявлено неврологічно, саме воно веде до порушення нормального процесу навчання (А. Штраус, Л. Летінен, С. Кірк, В. Кірк). Вони наголошували на необхідності від-

окремлення таких дітей від розумово відсталих, дітей із дефектами слуху, зору та фізичними вадами, порушенням мови.

Сучасні дослідники вказують на такі особливості психічного розвитку дітей із ЗПР, як труднощі в оволодінні елементарною грамотою, лічбою, що не заважає таким учням володіти добре розвинутою мовою, здатністю до запам'ятовування віршів, казок, дотримування правил гри, засвоєння способу виконання завдань і використання їх у нових завданнях [8].

На відміну від олігофренії, при якій спостерігається стійкий загальний недорозвиток психіки, у дітей із ЗПР є парціальний недорозвиток вищих психічних функцій, які мають тимчасовий характер і можуть бути скоригованими у дитячому та підлітковому віці за допомогою спеціальних психолого-педагогічних методів.

Українські науковці Н. А. Бастун [1], Т. Д. Ілляшенко [4], Т. В. Сак [4] зазначають, що діти із ЗПР «мають якісно інші порушення інтелектуальної діяльності» на відміну від розумово відсталих дітей. Для дітей із ЗПР властиве «нерівномірне порушення психічних функцій» (зберігається досить висока здатність до компенсації психічної діяльності при наявності «слабких місць»); певні розлади здатності до абстрактного мислення, що «виникають через розлади так званих передумов інтелекту: працездатності, емоційно-вольової сфери, уваги, пам'яті, мовлення» тощо.

Відзначалися труднощі при оволодінні читанням, письмом, лічбою, розв'язанням арифметичних задач, недостатність сенсомоторної координації, загальна моторна повільність, наявність гіперкінезів (або навпаки, гіпокінезія), імпульсивність, емоційна нестійкість, невеликий обсяг уваги, швидка втомлюваність тощо.

Т. В. Єгорова виявила в дітей із ЗПР низьку продуктивність і стійкість пам'яті (особливо при значному навантаженні), слаборозвинуте опосередковане запам'ятовування, зниження при його здійсненні інтелектуальної активності. Порівнюючи різні види мислення, вона прийшла до висновку, що найбільші труднощі виникають у дітей із ЗПР при розв'язанні завдань, які вимагають словесно-логічного мислення [3].

Затримка психічного розвитку дітей є складним поліморфним порушенням, за яким у різних дітей страждають різні компоненти їхньої психічної, психологічної і фізичної діяльності.

Для того, щоб зрозуміти причину вади, необхідно звернутися до структурно-функціональної моделі роботи мозку (за О. Р. Лурія). Згідно з цією моделлю, у функціонуванні мозку виділено три блоки — енергетичний, блок прийому, переробки та зберігання інформації, блок програмування, регуляції і контролю. Злагоджена робота цих трьох блоків забезпечує інтегративну діяльність мозку і постійне взаємозбагачення всіх його функціональних систем.

Відомо, що в дитячому віці найчастіше порушуються функціональні системи з коротким часовим періодом розвитку. Це характерно для систем продовгуватого та серединного мозку. Ознаки функціональної незрілості виявляють системи з більш тривалим постнатальним періодом розвитку —

третинні поля аналізаторів і формації лобної ділянки. Оскільки функціональні системи мозку дозрівають гетерохронно, то патогенетичний фактор, який діє на різних етапах пренатального чи раннього постнатального періоду розвитку дитини, може викликати складне поєднання симптомів як негрубого пошкодження, так і функціональної незрілості різноманітних відділів кори головного мозку.

Підкоркові системи забезпечують оптимальний енергетичний тонус кори головного мозку і регулюють її активність. При їх функціональній чи органічній неповноцінності в дітей виникають нейродинамічні розлади: лабільність (нестійкість) та виснаженість психічного тону, порушення сконцентрованості, врівноваженості та рухливості процесів збудження й гальмування, явища вегето-судинної дистонії, обмінно-трофічні порушення, афективні розлади тощо.

Третинні поля аналізаторів відносяться до блоку отримання, переробки і збереження інформації, яка надходить із зовнішнього середовища. Морфо-функціональне неблагополуччя цих областей призводить до дефіцитарності модально-специфічних функцій, до яких належать праксис, гнозис, мова, зорова та слухова пам'ять.

Формації лобної ділянки належать до блоку програмування, регуляції та контролю. Разом із третинними зонами аналізаторів вони здійснюють складну інтегративну діяльність мозку — організовують спільну участь різних функціональних підсистем мозку для побудови та реалізації найбільш складних психічних операцій, пізнавальної діяльності та свідомої поведінки. Незрілість цих функцій призводить до виникнення у дітей психічного інфантилізму, несформованості довільних форм психічної діяльності, до порушення міжаналізаторних корково-коркових та корково-підкоркових зв'язків.

Тобто за результатами структурно-функціонального аналізу, при ЗПР можуть бути первинно порушені як окремі згадані структури, так і їх основні функції в різних поєднаннях. При цьому глибина пошкоджень чи ступінь незрілості можуть бути різними. Саме цим і визначається різноманітність психічних проявів, що зустрічаються у дітей із ЗПР. Різноманітні вторинні напашарування ще більше посилюють внутрішню дисперсію в межах цієї категорії. При ЗПР у дітей відзначаються різноманітні етіопатогенетичні варіанти, де основними факторами можуть бути:

- низький темп психічної активності (коркова незрілість);
- дефіцит уваги з гіперактивністю (незрілість підкоркових структур);
- вегетативна лабільність на тлі соматичної ослабленості (через незрілість чи внаслідок ослабленості самої вегетативної нервової системи у зв'язку з соціальними, екологічними, біологічними чинниками);
- вегетативна незрілість (як біологічна невитривалість організму);
- енергетична виснаженість нервових клітин (через хронічний стрес) та ін.

У процесі досліджень серед дітей із затримкою психічного розвитку Т. А. Власовою [2] та М. С. Певзнер [2] було визначено дві групи. До першої увійшли діти з порушеним темпом фізичного і розумового розвитку, які характеризувались як діти з психофізичним та психічним інфантиліз-

мом. Затримка їхнього розвитку була викликана *уповільненим темпом дозрівання* лобної ділянки кори головного мозку та її зв'язків з іншими ділянками кори та підкірки. Ці діти відстають від однолітків у фізичному розвитку, відзначаються інфантильністю у пізнавальній діяльності та вольовій сфері, їм важко включитись у навчальну діяльність, вони швидко втомлюються, для них властива знижена працездатність.

До другої групи були віднесені учні з функціональними розладами психічної діяльності (церебрастенічні стани), які часто виникають внаслідок *мозкових ушкоджень*. Для цих школярів притаманна слабкість основних нервових процесів, хоча глибоких порушень пізнавальної діяльності у них немає, і в періоди нормалізації стану такі діти можуть досягати хороших успіхів у навчанні.

В. В. Ковальов запропонував свою класифікацію межових форм інтелектуальної недостатності на основі патогенетичного принципу. Перша група — дизонтогенетичні форми, за яких недостатність зумовлена механізмами затриманого чи викривленого розвитку дитини; друга — енцефалопатичні форми, до їх основи покладено органічні ураження мозкових механізмів на ранніх етапах онтогенезу; третя — інтелектуальна недостатність, що зумовлена вадами аналізаторів та сенсорною депривацією; четверта — інтелектуальна недостатність, що є наслідком дефектів виховання, дефіцитом інформації з раннього дитинства («соціокультурна розумова відсталість», за термінологією Американської асоціації з проблем розумової неповноцінності).

К. С. Лебединська запропонувала клінічну класифікацію ЗПР з врахуванням не лише пошкоджених механізмів психічного розвитку, а й причин, що їх зумовлюють [цит. за 4]. Авторка визначила чотири основні варіанти затримок психічного розвитку: конституціонального, соматогенного, психогенного та церебрально-органічного походження. Розглянемо більш детально запропоновану класифікацію.

1. ЗПР конституціонального походження. Це так званий гармонійний інфантилізм (за класифікацією М. С. Певзнер та Т. А. Власової). Його характеризує незрілість емоційно-вольової сфери. Для дитини з такою формою ЗПР притаманні перевага емоційної мотивації поведінки, безпосередність, підвищена емоційність, легка навіюваність, ігрові інтереси. Незрілість мотиваційної сфери спричиняє неготовність дитини до шкільного навчання.

2. ЗПР соматогенного походження зумовлена стійкою астенією як наслідок хронічних інфекцій, алергічних станів, уроджених вад соматичної сфери. Нерідко соматогенний інфантилізм супроводжується певними неврологічними нашаруваннями: невпевненістю, боягузством, почуттям фізичної неповноцінності.

3. ЗПР психогенного походження щільно пов'язана з несприятливими умовами виховання, які спочатку травмують психіку дитини, викликають порушення вегетативних функцій, потім — порушення психічного та емоційного розвитку. Таким дітям властиві риси психічно нестійкої особистості (імпульсивність, навіюваність, незрілість емоційно-вольової сфери в поєднанні з недостатнім рівнем знань та уявлень про навколишній

світ). Характерним для цього типу ЗПР є варіант аномального розвитку особистості дитини по типу кумира сім'ї. В цьому випадку в дитини не формуються риси самостійності, ініціативності, відповідальності, а формується натомість егоїзм, нелюбов до праці, настанова на постійну допомогу та опіку.

4. ЗПР церебрально-органічного походження. Автор визначає її основне значення у цій аномалії розвитку завдяки частоті та стійкості порушень у емоційно-вольовій сфері та пізнавальній діяльності. В анамнезі дітей із цією формою ЗПР відзначається наявність негрубої органічної недостатності нервової системи, яка зумовлена патологією, запізненням формування локомоторних функцій.

За дослідженнями особливостей психічного розвитку в дітей із ЗПР, І. І. Мамайчук [5] рекомендує здійснювати до них диференційований підхід, оскільки розлади пізнавальних процесів (уваги, пам'яті, мислення, мови, праксису) при різних формах ЗПР проявляються по-різному.

Наведемо психологічні параметри затримки психічного розвитку. Психофізичний інфантилізм у своєму підґрунті має такі клініко-психологічні прояви: відносна сформованість психічних процесів, але сповільнений темп їх становлення; недорозвиток мотивації навчальної діяльності, особистісна незрілість. Ці прояви призводять до нейропсихологічних особливостей: порушення динаміки розумової працездатності, зниження об'єму пам'яті та уваги внаслідок недостатньої мотивації діяльності. Якщо характеризувати соматогенну форму ЗПР, то для неї властиві сформованість психічних процесів, однак дуже проявляються астения, дратівлива слабкість. А це виражається в нейропсихологічних особливостях: зниження динаміки розумової працездатності, підвищена втомлюваність уваги, зменшення об'єму пам'яті в зоровій та слуховій модальностях. Для психогенної форми ЗПР характерними є такі клініко-психологічні прояви, як збереження психічних процесів, виражене зниження мотивації навчальної діяльності в зв'язку з патологічним розвитком особистості (тривожність, егоцентризм). На нейропсихологічних особливостях це позначається як можлива «іррегулярність у психічному розвитку та нерівномірний розвиток психічних процесів. Стосовно ЗПР церебрально-органічного генезу, то вона має такі клініко-психологічні прояви: недорозвиток психічних процесів і функцій, що призводить до розладів інтелектуальної продуктивності, частковий (парціальний) недорозвиток окремих психічних функцій. А це, в свою чергу, викликає наступні нейропсихологічні особливості: порушення розумової працездатності; недорозвиток стійкості, переключення об'єму уваги; зниження об'єму пам'яті у всіх модальностях; недорозвиток орієнтувальної основи діяльності; недорозвиток зорово-просторового гнозису і праксису; виражена дефіцитарність у розвитку окремих якостей: уваги, пам'яті, гнозису, праксису.

Враховуючи психолого-педагогічні параметри, І. І. Мамайчук виділяє чотири основні групи дітей із ЗПР:

1. Діти з відносною сформованістю психічних процесів, але зі зниженою пізнавальною активністю. В цій групі найчастіше зустрічаються діти

з ЗПР внаслідок психофізичного інфантилізму і діти з соматогенною та психогенною формами ЗПР.

2. Діти з нерівномірним проявом пізнавальної активності і продуктивності. Цю групу складають діти з легкою формою ЗПР церебрально-органічного генезу, з вираженою ЗПР соматогенної форми і з ускладненою формою психофізичного інфантилізму.

3. Діти з явно вираженим розладом інтелектуальної продуктивності, але зі сформованою пізнавальною активністю. До цієї групи входять діти з ЗПР церебрально-органічного генезу, у яких спостерігається дефіцитарність окремих психічних функцій (пам'яті, уваги, гнозису, праксису).

4. Діти, для яких притаманне поєднання низького рівня інтелектуальної працездатності і слабо виражена пізнавальна активність. До цієї групи входять діти з важкою формою ЗПР церебрально-органічного генезу, у яких спостерігається первинна дефіцитарність в розвитку усіх психічних функцій: уваги, пам'яті, гнозису, праксису, а також недорозвиток орієнтувальної основи діяльності.

Загальними ознаками для всіх є відставання у психічному розвитку в усіх сферах психічної діяльності до початку шкільного віку. Це спостерігається у сповільненій переробці сенсорної інформації, недостатній сформованості розумових операцій, низькій пізнавальній активності та слабкості пізнавальних інтересів, обмеженості та вибірковості знань та уявлень про оточуюче. За даними Б. І. Белого, П. Б. Шохіна, дітям із ЗПР необхідний триваліший (ніж нормально розвинутих одноліткам) період часу для сприймання та обробки сенсорної інформації через їх обмеженість чи фрагментарність знань про навколишнє середовище. Це виявляється у труднощах при впізнаванні предметів, які перебувають у незвичному положенні, контурних чи схематичних зображень, виділенні схожих якостей предметів, змішуванні подібних за написанням букмоунікативних вмінь. Л. І. Переслені та інші дослідники наголошують на нестійкості, розсіяності, низькій концентрації уваги та труднощах її переключення [6].

Неповноцінність уваги зумовлюється недостатнім розвитком почуття відповідальності та цікавості до навчання. Спостерігаються недоліки аналізу при виконанні завдань, особливо при зростанні швидкості сприймання матеріалу. Ускладнення умов роботи уповільнює виконання завдання, тобто втрачається продуктивність діяльності (Г. М. Понарядова, Г. І. Жаренкова).

Пам'ять характеризується зниженням продуктивності запам'ятовування та нестійкістю: більша збереженість мимовільної пам'яті у порівнянні з довільною; переважання зорової над слуховою; переважання механічного запам'ятовування над словесно-логічним; швидке забування та низька швидкість запам'ятовування.

На недостатню сформованість аналітико-синтетичної діяльності у всіх видах мислення вказують Ілляшенко Т. Д. [4].

Під час розгляду предмета чи явища діти з ЗПР виділяють удвічі менше ознак, ніж їхні нормально розвинуті однолітки. До початку шкільного на-

вчання у дітей із ЗПР основні операції мислення не сформовані на словесно-логічному рівні. Завдання на класифікацію вони виконують на рівні мовно-наочно-образного мислення, а не конкретно-понятійного, як це має бути у такому віці. Для цих дітей більш доступними є завдання на аналогії, при виконанні яких можна покласти на зразок чи життєвий досвід.

Дослідники відзначають той факт, що при побудові логічних суджень за аналогією діти з ЗПР перебувають ближче до нормально розвинутих дітей, а за вмінням робити висновки, доводити істинність суджень — до розумово відсталих. Для дітей із ЗПР характерна інертність мислення, прояви якої спостерігаються при вирішенні проблемних задач, що потребують пошуку рішення.

Недостатність регулювальної функції мовлення проявляється в ускладненнях, які відчувають діти при словесному позначенні виконуваних дій, у здійсненні завдань, запропонованих мовною інструкцією. У словесних звітах дітей про виконану роботу відсутня чітка послідовність виконаних дій, у той же час висловлено багато несуттєвих моментів. У них занижена потреба у спілкуванні як із однолітками, так і з дорослими. Новий предмет викликає більшу зацікавленість, ніж нова людина. Діти майже не прагнуть отримати від дорослого оцінку своїх якостей у розгорнутому вигляді. Зазвичай їм достатньо оцінки у вигляді недиференційованих визначень («хороший хлопчик», «молодець») чи безпосереднього емоційного схвалення (посмішка, пестощі). Діти з ЗПР у своїй більшості дуже чутливі до ласки, доброзичливого ставлення. Якщо спілкування з дорослим емоційно позитивне, то у них покращується працездатність.

Серед особистих контактів дітей із ЗПР переважають найбільш прості. В них знижена потреба до спілкування з однолітками, також низька ефективність їх спілкування одне з одним у всіх видах діяльності.

Деякі зарубіжні дослідники виділяють такі характерні особливості у дітей цієї категорії, як недостатність самоконтролю, агресивність поведінки, труднощі пристосування до дитячого колективу, почуття страху, невпевненість. Велика кількість реакцій, спрямованих проти волі батьків, відсутність розуміння своєї соціальної ролі, великі труднощі у розрізненні найважливіших рис міжособистісних стосунків. Усе це вказує на недорозвиток у дітей цієї категорії соціальної зрілості.

Отже, здійснений нами аналіз психічного розвитку дітей із ЗПР засвідчив, що їм притаманні специфічні особливості: знижена пізнавальна активність, розпад інтелектуальної продуктивності (дефіцитарність окремих психічних функцій: пам'яті, уваги, гнозису, праксису), а звідси і слабкість пізнавальних інтересів, обмеженість, вибірковість знань та уявлень про оточуюче, несформованість навичок спілкування, ускладнених мовленнєвою патологією, що позначаються на їх розвитку, навчанні та соціальній адаптації і т. ін.

Список літератури

1. Бастун Н. А. Психологический анализ причин низкой успеваемости учения шестилетних первоклассников: Дисс. канд. психол. наук: 19.00.07. — К., 1992. — 174 с.
2. Власова Т. А., Певзнер С. С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. — М.: Просвещение, 1967. — 206 с.
3. Егорова Т. В. Некоторые особенности памяти и конкретного мышления младших школьников с пониженной обучаемостью / Психологические проблемы неуспеваемости школьников. — М., 1971.
4. Ілляшенко Т. Д., Бастун Н. М., Сак Т. В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. — К.: ІЗМН, 1997. — 126 с.
5. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2001. — С. 84–86.
6. Переслени Л. И. Механизм нарушения восприятия у аномальных детей: Психофизиологические исследования НИИ Дефектологии АПН СССР. — М.: Педагогика, 1984. — 160 с.
7. Сухарева Г. Б. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении). — М.: Медицина, 1965. — 332 с.
8. Шевченко С. Г. Ознакомление с окружающим миром учащихся с ЗПР: Пособие для учителя. — М.: Просвещение, 1990. — 79 с.
9. Strauss A. A., Lehtinen L. E. Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child: NY, 1977.

А. Малыгина

аспирант

кафедры дифференциальной и специальной психологии

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Резюме

Статья посвящена психолого-педагогическому анализу состояния проблемы исследования личности ребенка с задержкой психического развития в зарубежной и отечественной психологической науке. Показано, что детям с ЗПР присущи такие специфические особенности, как сниженная познавательная активность, распад интеллектуальной производительности, слабость познавательных интересов, ограниченность, выборочность знаний и представлений об окружающем, несформированность навыков общения, усложненных языковой патологией, что отражается на их развитии, учебе и социальной адаптации и т. п.

Ключевые слова: онтогенез, задержка психического развития, дефицитарность отдельных психических функций.

A. Malygina

postgraduate student

Odessa national university of the name of I. I. Mechnikova

Department of differential and special psychology

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN TIME-LAGGED PSYCHICAL DEVELOPMENT

Summary

The article is devoted the psychological analysis of the state of problem of research of personality of child time-lagged psychical development in foreign and domestic psychological science. It is rotined that with ZPR such specific features as mionectic cognitive activity, disintegration of the intellectual productivity, weakness of cognitive interests, narrow-mindedness, selectivity of knowledges and pictures are inherent the children of circumferential, unformed of skills of intercourse, complicated language pathology, that affects their development, studies and social adaptation etc.

Key words: ontogenesis, delay of psychical development, defisit of separate psychical functions.