Современный взгляд на ЗПР.

Задержка психического развития (ЗПР) – один из самых распространенных диагнозов в нашей стране. По данным ВОЗ, эта проблема возникает почти у 40% детей, поступающих на обучение в школу. Согласно определению, задержкой психического развития называется такое нарушение темпа нормального психического развития ребенка, когда у него отдельные психические функции (внимание, память, мышление, воля, эмоции) отстают в развитии от имеющихся психологических норм для его возраста.

 Данный диагноз устанавливается детям до младшего школьного возраста; если же признаки недоразвития психических функций сохраняется в более старшем возрасте, это свидетельствует об умственной отсталости (УО). До настоящего времени не существует как четких диагностических рамок ЗПР, так и единого мнения о возрасте, до которого правомерен данный диагноз. Ошибки при диагностике задержек психического развития ведут к выбору неадекватной обучающей программы и возникновению школьной дезадаптации, на фоне которой в дальнейшем может формироваться девиантное поведение.

 Все вышеупомянутое обуславливает актуальность данного литературного обзора.

Психическое развитие ребенка – сложный процесс созревания и усложнения психических функций и личности, реализующийся под воздействием ряда наследственно-биологических и социальных факторов, таких как воспитание, обучение и влияние окружающей среды. К основным психическим функциям относятся гнозис, праксис, мышление, речь, память, чтение, письмо, счет, внимание, эмоции, воля, поведение, самооценка и др.

Задержка психического развития представляет собой отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть скорректированы с помощью специально организованного обучения и воспитания. В некоторых источниках фигурирует такой англоязычный термин как ретардация («retardation»), означающий запаздывание или остановку развития отдельных психических функций. Психический дизонтогенез проявляется нарушением темпов и сроков развития психики в целом, а также отдельных функциональных систем.

Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе. По мнению Р.А. Амасьянц, задержка в развитии в большинстве случаев проявляется в ранние возрастные периоды без предшествующего периода нормального развития. Притом, у мальчиков данное расстройство встречается в несколько раз чаще, чем у девочек.

Число лиц с задержкой психического развития с каждым годом увеличивается, и в настоящее время распространенность ЗПР среди детского населения составляет 1 – 2 % (как самостоятельной группы состояний) и 8 – 10 % в общей структуре психических заболеваний. В детских садах среди детей подготовительных групп частота ЗПР составляет 5 %, а в младшем школьном возрасте – 4 – 8 % . Т.В. Волосовец провела исследования, отразившие пятикратное увеличение числа детей с ЗПР, обучающихся в специальных классах общеобразовательных школ. В качестве синдрома задержка психического развития встречается значительно чаще, однако прослеживается характерная тенденция к прогрессивному уменьшению симптоматики ЗПР по мере взросления ребенка.

Существует несколько классификаций задержек психического развития.

В 1966 г. М.С. Певзнер  была предложена классификация ЗПР, которая включала следующие клинические варианты:

1. психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой 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.

Позднее Т.А. Власовой и М.С. Певзнер  была предложена классификация, до настоящего времени наиболее часто используемая в практической медицине и дефектологии. Авторами были выделены две основные формы ЗПР: 1) ЗПР, обусловленная психофизическим и психическим инфантилизмом; 2) ЗПР, обусловленная длительными астеническими состояниями, возникшими на ранних этапах развития ребенка. В основу данной классификации положены основные принципы клинического подхода к пониманию механизмов формирования ЗПР, т. е. возможность ее возникновения вследствие замедления созревания эмоционально-волевой сферы.

В последующем К.С. Лебединская  представила новую классификацию, в которой основные клинические типы ЗПР дифференцировались по этиопатогенетическому принципу:

1. ЗПР конституционального происхождения,

2. ЗПР соматогенного происхождения,

3. ЗПР психогенного происхождения,

4. ЗПР церебрально-органического происхождения.

По мнению некоторых исследователей, наиболее полной является классификация ЗПР, предложенная В.В. Ковалевым  в 1979 г.:

**I. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности:**

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

а) при простом психическом инфантилизме;

б) при осложненном психическом инфантилизме:

– при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом;

– при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;

– при сочетании психического инфантилизма с невропатическими состояниями;

– при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:

а) при задержках развития речи;

б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтения, письма, счета);

в) при отставании развития психомоторики.

3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

**ІІ. Энцефалопатические формы:**

1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков;

2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций;

3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах;

4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии).

**III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств:**

1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости;

2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.

**IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («педагогическая запущенность»).**

При всем разнообразии и многочисленности биологических предикторов задержек психического развития не следует забывать и о вкладе социальных факторов в формирование ЗПР. По данным многих исследователей  большинство детей с ЗПР воспитывались в условиях семейной дисгармонии, эмоциональной депривации, в семьях с низким культурным, образовательным и социальным уровнем. Неправильные условия воспитания играют значительную роль в фиксации эмоционально-волевой незрелости. А у большинства детей, воспитывающихся в интернатах, с раннего детства выявляется ЗПР с нарушениями интеллекта.

В.C. Кукушин  структурировал все симптомы ЗПР и выделил основные диагностические признаки, объединив их в клинико-психологические синдромы:

***I. Незрелость эмоционально-волевой сферы – синдром психического инфантилизма:***

1) преобладание игровых интересов над познавательными;

2) эмоциональная лабильность, конфликтность либо неадекватная гипертимия и дурашливость;

3) неумение контролировать свое поведение, некритичность, эгоизм;

4) негативное отношение к выполнению умственных заданий, нежелание подчиняться правилам.

***II. Нарушение интеллектуальной работоспособности в связи с дисфункцией вегетососудистой регуляции – синдром церебральной астении:***

1) повышенная утомляемость;

2) нарастание психической медлительности либо импульсивности; недостаточная концентрация внимания; немотивированные расстройства настроения, капризность; вялость, сонливость либо гиперактивность, ухудшение почерка;

3) гиперакузия, повышенная фоточувствительность, непереносимость душных помещений, головные боли;

4) неравномерность учебных достижений.

***III. Энцефалопатические расстройства:***

1) неврозоподобный синдром (страхи, тики, заикание, нарушение сна, энурез и пр.);

2) стойкие расстройства поведения – синдром повышенной аффективной и двигательной возбудимости; психопатоподобный синдром (эмоциональная взрывчатость в сочетании с агрессивностью; лживость, расторможенность влечений);

3) эпилептиформный синдром (судорожные припадки, специфические особенности аффективной сферы и пр.);

4) апатико-адинамический синдром (вялость, безразличие, заторможенность).

***IV. Нарушения предпосылок интеллекта:***

1) недостаточность тонкой моторики рук; нарушения артикуляционной и графо-моторной координаций (нарушение каллиграфии);

2) зрительно-пространственные нарушения: нестойкость графического образа цифр и букв, зеркальность и перестановки их при чтении и написании; трудности ориентации в пределах тетрадного листа;

3) нарушение звуко-буквенного анализа и звуковой структуры слов;

4) трудности усвоения логико-грамматических конструкций языка, ограниченность словарного запаса;

5) нарушение зрительной, слуховой, слухо-речевой памяти;

6) трудности концентрации и распределения внимания, фрагментарность восприятия.

 Дети, страдающие ЗПР, испытывают многочисленные трудности с началом школьного обучения. Во-первых, дети с ЗПР отличаются от своих сверстников своей наивностью, несамостоятельностью, они не выполняют школьных требований, но в то же время прекрасно чувствуют себя в игре, хотя ролевые формы игр со строгими правилами им недоступны. Во-вторых, такие дети затрудняются в организации собственной целенаправленной деятельности, не осознавая себя учеником и не понимая мотивов учебной деятельности и ее целей. В-третьих, ученики, страдающие ЗПР, медленно воспринимают и перерабатывают информацию, а для более полного восприятия нуждаются в развернутых инструкциях и наглядных примерах, что связано с недоразвитием словесно-логического мышления. Следовательно, обучение по программе массовой школы им недоступно в силу того, что усвоение информации не соответствует темпу их индивидуального развития. В-четвертых, у детей с ЗПР отмечается быстрая утомляемость, из чего вытекает низкий уровень работоспособности. В-пятых, если же все-таки такой ребенок обучается в массовой школе, то он начинает осознавать свою несостоятельность как ученика, у него возникает чувство неуверенности в себе, страх перед наказанием и уход в более доступную деятельность.

Диагностика ЗПР проводится только в результате комплексного обследования ребенка психолого-медико-педагогической комиссией, включающей детского психолога, психиатра, педиатра, детского невролога, логопеда и дефектолога. На основании сведений членов комиссии делается заключение о развитии ребенка, о наличии ЗПР, даются рекомендации по организации воспитательного и обучающего процесса.

Вопросы дифференциальной диагностики ЗПР отражены во многих работах отечественных авторов. Диагноз ЗПР зачастую приходится дифференцировать с умственной отсталостью, для которой характерна тотальность нарушений психических функций, в то время как ЗПР свойственна мозаичность, т.е. несоответствие потенциальных познавательных способностей и реальных школьных достижений. Важным диагностическим критерием ЗПР является возможность принимать и использовать помощь, усваивать принцип решения заданной интеллектуальной операции и переносить его на аналогичные задания

Нередко возникают затруднения при разграничении ЗПР и аутистических расстройств. Это связано с тем, что некоторые формы ЗПР имеют аутоподобные проявления, такие как эхолалии, стереотипные движения, консервативные игры неигровыми предметами и пр. Но главным аргументом в пользу задержки психического развития является сохранная потребность ребенка в общении с окружающими, такие дети не избегают зрительного контакта, что так характерно для детей, страдающих аутизмом.

В некоторых случаях приходится дифференцировать ЗПР и нарушения речи коркового генеза (алалия). По данным В.А. Ковшикова  у детей, страдающих моторной алалией, выявляется весьма низкая речевая активность, стойко выражены нарушения звукопроизношения и фразовой речи. При сенсорной алалии в силу истощаемости произвольного внимания будет отмечаться неумение ребенка вслушиваться в обращенную речь, и, как следствие этого, быстрая утомляемость и потеря интереса. При возрастании речевой активности, когда ребенок начинает общаться и играть с окружающими, проявляются выраженные нарушения речи в виде эхолалий.

Исследование ВПФ

В 2014 г Конева И.А и Романова С.В. ( ФГБОУ ВПО «Нижегородский государственный педагогический университет им. К.Минина Министерства образования России») провели исследование ВПФ детей дошкольного возраста с ЗПР.

У большинства детей с ЗПР был выявлен  низкий и ниже среднего уровни опосредованного  запоминания,  показатели развития памяти зарегистрированы на низком уровне.

 Одной из особенностей познавательной сферы дошкольников с ЗПР выявлено недостаточное по сравнению с нормой развитие продуктивности и устойчивости внимания. У детей характерна сниженная концентрация внимания, которая выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости; неустойчивость (колебания) внимания, ведущая к снижению продуктивности выполнения задания. Согласно данным теоретического анализа литературы, в старшем дошкольном возрасте на первое место среди ВПФ выходит мышление. Различные операции мышления становятся произвольными, сопровождаются речевым контролем.

Показатели развития воображения у дошкольников напрямую зависят от уровня развития у них абстрагирования. Также необходимо умение качественно перерабатывать имеющиеся представления, что затруднено при задержке психического развития.

Для них преобладающим является элементарный анализ, а синтез вообще отстаёт от анализа. Образы отличаются расплывчатостью. В образах ярко проявляется непроизвольность, неуправляемость их умственной деятельности, слабость мышления. Они не могут отвлечься от образов прошлого опыта и создать образ, который соответствовал бы поставленной задаче. Воображение характеризуется непроизвольностью.

В ходе исследования был сделан вывод, что развитие ВПФ дошкольников с ЗПР характеризуется общей неорганизованностью, непроизвольностью и недостаточной целенаправленностью, у них недостаточно сформированы предпосылки к учебной деятельности. Особую трудность представляют задания, требующие определенного уровня развития мыслительных операций и воображения. Эти особенности будут создавать дополнительные трудности в процессе овладения учебным материалом и обусловливают необходимость проведения специальной (коррекционной) работы.

Исследование самооценки

Одним из важнейших механизмов произвольной регуляции  является самооценка. По мнению отечественных психологов  Б. Г. Ананьева , Л. И. Божович , А. В. Захаровой , А. И. Липкиной,  самооценка определяется как важнейшее личностное образование, автономная характеристика личности, формирующаяся при активном участии самой личности и отражающаяся качественное своеобразие ее внутреннего мира. Самооценка выступает необходимым условием организации субъектом своего поведения и деятельности.

О  значительной проблеме для детей с задержкой психического развития (ЗПР) при подготовке к школе является несформированность у них навыков произвольной регуляции деятельности и поведения. Это мнение было высказано в работах ведущих отечественных специалистов в области коррекционной педагогики  (Т. А. Власова, Г. И. Жаренкова, В. И. Лубовский, М. С. Певзнер, У. В. Ульенкова и др.).

В исследованиях Л. И. Божович, М. И. Лисиной и др. отмечается, что в дошкольном возрасте развитие самооценки идет по пути изменения глобально-позитивного отношения ребенка к себе, опосредствованию им этого отношения знанием о себе. Таким образом, по мнению М. И. Лисиной , к концу дошкольного возраста начинается процесс интеллектуализации самооценки ребенка.

Самооценка развивается в тесной связи с собственной деятельностью ребенка и со спецификой его взаимодействия с окружающими. Динамика самооценки определяется динамикой социальной ситуации развития ребенка. Овладевая способами самооценивания в учебно-познавательной деятельности, старшие дошкольники расширяют и углубляют знания о себе, своих способностях, приобретают дополнительные побудительно-мотивационные смыслы собственной деятельности. Умение адекватно оценить себя, свои возможности в процессе познания во многом определяет успешность развития ребенка как субъекта деятельности, оптимизирует процесс его социальной интеграции.

К сожалению, исследования самооценки дошкольников с ЗПР не столь многочисленны. В работах Н. Л. Белопольской [2], Р. Д. Тригер [9] отмечается, что самооценка старших дошкольников с ЗПР может характеризоваться как неадекватно завышенная вследствие менее развитых компенсаторных и психозащитных возможностей по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Так, Р. Д. Тригер пишет, что ребенок с ЗПР не сравнивает себя с другими детьми, не видит, чем он лучше сверстника, в чем равен ему, в чем отстает. Это приводит к тому, что уже в начале школьного обучения ребенок обижается на учителей и на одноклассников. Если же коррекционная работа с такими детьми не ведется, то к середине младших классов у детей с ЗПР завышенная самооценка изменяется на заниженную. У них появляется стремление уйти от ситуации школьного обучения, увеличивается нежелание общаться со сверстниками.

В 2012 году  В.В. Кисовой (ФГБО ВПО «Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина) было проведено изучение самооценки старших дошкольников с ЗПР в русле исследования у них саморегуляции в учебно-познавательной деятельности. Результаты диагностики выявили завышено положительный характер самооценки большинства испытуемых. Также была отмечена такая особенность самооценки детей, как ее значительная зависимость от мнения референтных лиц (воспитателя, сверстников, более старших детей). Достаточно часто дети с ЗПР не решаются дать оценку своей деятельности, не получив оценки со стороны взрослого, проявляют готовность изменить собственное мнение под влиянием значимых для них окружающих, демонстрируют конформизм независимо от качества своей работы. Замечен недостаточный объём работы по формированию самооценки в учебно-познавательной деятельности, по её коррекции в специализированном дошкольном учреждении компенсирующего вида.

Исследование доказало актуальность и эффективность коррекционно-развивающей работы по целенаправленному формированию самооценки как компонента учебно-познавательного процесса.

Исследование двигательных навыков

Проблема коррекции и развития двигательных навыков входит в круг вопросов, относящихся к адаптированному физическому воспитанию детей с ЗПР. Основу двигательной сферы ребенка дошкольного возраста составляют так называемые основные виды движений, к которым относят ходьбу, бег, прыжки, метание и лазание. Высокий уровень сформированности двигательных навыков этих локомоций создает условия для полноценного моторного развития ребенка, становления его здоровья, познания окружающего мира с двигательной позиции.

 Результаты научных исследований констатируют наличие нарушений в формировании двигательных навыков у детей с ЗПР. Однако, научно-методическая база педагогического воздействия  требует дополнительного обоснования.

В 2014 году, на базе Волгоградской государственной академии физической культуры, Максимовой М.Ю, Сентябревым Н.Н. и  Балуевой В.А. были проведены исследования сформированности двигательных навыков у детей с ЗПР в возрасте 4-7 лет. Оценка осуществлялась в основных видах движения, ведущих локомоциях дошкольного физического воспитания: ходьбе, беге, прыжках, метании, лазании. Именно по ним оцениваются двигательное развитие ребенка-дошкольника и уровень становления его двигательных навыков.

Проведенное исследование показало определенные различия особенностей проявления двигательных навыков у детей с ЗПР разных возрастов. К показателям нарушениий сформированности двигательных навыков относятся следующие ошибки и особенности : несогласованная работа различных частей тела, медленный темп реализации двигательного акта;  слабостью силы ведущей руки, слабостью силы мышц ног, вялая осанка,  тяжелый шаг, бег на полной стопе, сбивчивый ритм движения.

В результате, самый высокий уровень нарушений двигательного характера продемонстрировала возрастная группа 6–7-летних детей с ЗПР, а наименьшие отклонения от возрастной нормы просматриваются в младшей возрастной коррекционной группе.

Исследователями был сделан вывод о необходимости модернизации педагогического процесса адаптивного физического воспитания  с целью коррекции негативных характеристик двигательного характера.

Исследование сенсомоторной сферы

Проводилось также в 2014 году, в Волгоградской академии физической культуры  Сентябревым Н.Н., Максимовой С.Ю. и  Шамардиным А.А.

  Для изучения сенсомоторных реакций детей с ЗПР был использован тестирующий комплекс «Биомышь» (ЗАО Нейролаб, Россия).  В процессе обследования определяли время простой и сложной сенсорной реакций и реакции на движущийся объект с последующим расчетом производных величин.

Качественный анализ показал, что время сенсомоторных реакций обследованных детей с ЗПР мало изменялось с возрастом. Такие показатели, как чувствительность к внешним ограничениям по реакции на движущийся объект, сенсорная точность и стабильность, сенсорное возбуждение (по анализу времени) вообще не изменялись с возрастом. Определенная изменчивость была присуща только моторности сложных сенсорных реакций и сенсорному возбуждению по реакции на движущийся объект.

Анализ показал, чем определялись возможности детей с ЗПР. Для всех обследованных вне зависимости от их возраста была характерна низкая точность реакции на движущийся объект. Такая качественная характеристика говорит о слабой способности детей с ЗПР предвосхищать время изменения пространственного положения стимула и соотносить с ним сенсорные процессы регуляции своего движения. Низкий уровень данного показателя отражает резко сниженные возможности организации сложной произвольной деятельности.

Можно полагать, что у детей с ЗПР при формировании функциональной системы поведенческого акта процесс афферентного синтеза характеризуется низкой скоростью и эффективностью. У всех детей с ЗПР отмечено высокое значение параметра чувствительности к внешним ограничениям по данным реакции на движущийся объект. Это указывало на низкую способность точно реагировать на движущиеся объекты при сколь либо значительном ограничении времени на принятие решения к действию, что возможно также при действии дополнительных внешних раздражителей. Даже небольшой дефицит времени при осуществлении произвольных движений не позволяет детям с ЗПР осуществлять точные двигательные действия. Таким образом, у данных детей понижена способность реагировать на воздействия различных сбивающих факторов.

В результате исследования были отмечены некоторые закономерности индивидуального развития. Первой из них была очень высокая индивидуальная вариабельность показателей, характеризующих сенсомоторное взаимодействие. Вторая закономерность заключалась в том, что в процессе онтогенеза наблюдалось определенное ухудшение координационных возможностей ЦНС, повышение активации и гиперактивации. Такие нарушения являются «базой» для психических особенностей таких детей – импульсивности, отвлекаемости, возможности «застревания» и т.д., но, что особенно важно, они препятствуют нормальной возрастной динамике развития двигательной функции. В свою очередь, отклонение или отставание полноценного развития двигательной функции дополнительно ухудшает процесс становления ЦНС, ее регуляторных, координационных функций. Одной из важных причин таких негативных явлений может быть дефицит двигательной активности и недооценка возрастных особенностей.

Вывод

Современные научные исследования расширяют спектр образовательных потребностей детей с ЗПР, и как следствие, позволяют подобрать наиболее рациональные пути психолого-педагогического сопровождения их развития. Коррекционно-образовательная деятельность должна быть направлена не только на усовершенствование работы ВПФ, хотя этой сфере должна отводиться ведущая роль. Особое внимание должно уделяться самооценке, как фактору саморегуляции учебно-познавательной деятельности детей с задержкой психического развития. Также является очевидным, что немаловажную роль в этом процессе должна сыграть должным образом организованная двигательная активность,  позволющая создать условия для полноценного физического и психического развития детей.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Библиографическая ссылка

Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Исмайлова А.С. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЗАДЕРЖКУ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 10-2. – С. 256-262;
URL: https://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=7480

Конева И.А., Романова С.В. ОСОБЕННОСТИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6.

Сентябрев Н.Н., Максимова С.Ю., Шамардин А.А. СОСТОЯНИЕ СЕНСОМОТОРНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1

Кисова В.В. ФОРМИРОВАНИЕ САМООЦЕНКИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6

Максимова С.Ю., Сентябрев Н.Н., Балуева В.А. ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1