**Недостаточное развитие**

**Недостаточное развитие**

**Задержанное развитие**

**Парциальная несформированность компонентов психической деятельности**

**F80 F82 F83 F06.7**

**Тотальное недоразвитие**

Темпово-задержанный тип развития (гармонический инфантилизм)

Парциальная несформированность приемущественно регулятивного компонента

Дошкольники и школьники: F90 F92

Простой тип тотального недоразвития

Аффективно-возбудимый тип

Неравномерно-задержанный тип развития (дисгармонический инфантилизм)

Парциальное недоразвитие преимущественно когнитивного компонента.

Дошкольники: F80 F82 F83 F06.7

Парциальная недостаточность вербального (когнитивного) компонента познавательной деятельности.

Школьники: F80 F81 F83 F06.7

Парциальная недостаточность когнитивного компонента познавательной деятельности.

Тормозимо-инертный тип

Парциальная несформированность смешанного типа

Дошкольники: F80 F82 F83 F06.7

Школьники: F83 F80 F90 F81

**Тотальное недоразвитие ВПФ**

В группе недостаточного развития выделяется такая подгруппа, как ***тотальное недоразвитие***. Совершенно очевидно, что основным диагнозом, выставляемым медикамидля этой категории детей, является «умственная отсталость», которая в МКБ-10 имеетшифр: (F70.х – F79.х). Знаки после точки (ставящиеся вместо буквы х), указывают степень выраженности нарушений поведения (0 – минимальные нарушения поведения или ихотсутствие; 1 – значительные поведенческие нарушения).

На сегодняшний день выделяются три варианта тотального недоразвития:

*простой уравновешенный* (без поведенческих нарушений)*;*

*аффективно-возбудимый;*

*тормозимо-инертный.*

**Простой уравновешенный вариант тотального недоразвития**

Для *простого уравновешенного варианта тотального недоразвития психических функций* наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, характерной для детей значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования. Их деятельность долго носит манипулятивный, подражательный характер. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны. Они весьма ориентированы на оценку другого человека и достаточно правильны в поведении. Ребенок держится без дистанции, быстро становится «дурашливым». Часто видны признаки полевого, нецеленаправленного поведения. Однако ребенок, как правило, управляем взрослым, доступен процедуре обследования. В целом поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как условно «правильное».

*Обучаемость* ребенка также выраженно снижена, перенос освоенных навыков на аналогичный материал порою грубо затруднен даже при подаче его в наглядно-действенной форме. Темп обучения значительно замедлен. Следует отметить, что подобное значительное снижение этих трех показателей (критичность, адекватность и обучаемость) является специфичным для всех вариантов тотального недоразвития. При данном варианте тотального недоразвития отмечается грубая недостаточность (дефицитарность) всех психических процессов.

**Аффективно-возбудимый вариант тотального недоразвития**

Дети с такими нарушениями характеризуются, в первую очередь, выраженной импульсивностью – достаточно грубыми нарушениями целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности в целом при явном дефиците познавательной деятельности. Характерны немотивированные перепады настроения от эйфории к дисфории, и наоборот. Дети, как правило, быстро пресыщаемы – именно на фоне пресыщения или истощения чаще всего и возможны аффективные вспышки деструктивного характера. У детей наблюдается расторможенность витальных влечений – жажды, пищевых потребностей и т.п. А в подростковом возрасте особенно ярко проявляется расторможенность сексуальных влечений. При этом поведение, как правило, носит полевой характер, ребенок импульсивен, эйфоричен или, наоборот, дисфоричен, может быть агрессивен. Очень легок переход от эйфории к дисфории, часто не имеющий под собой актуальной причины. В целом поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как«неадекватное, грубо импульсивное и полевое». Ребенок держится без дистанции, упрям, упорен в своих желаниях и потребностях, грубо некритичен в своих естественных проявлениях (может рыгнуть, выпустить газы, обмочиться во время обследования, ничуть не смущаясь этого). Отмечается выраженное снижение показателей *адекватности и критичности* детей с аффективно-возбудимым вариантом тотального недоразвития. Ребенок вспыльчив, неуправляем, легко переходит от эйфории к дисфории и агрессии. Эмоциональный фон нестабилен. Проявляется крайняя импульсивность во всех сферах. Ребенок чрезвычайно зависим от своих витальных потребностей, не способен их контролировать. Отсрочка или невыполнение желаний вызывает бурные аффективные вспышки, порой не только с элементами агрессии, но и аутоагрессии.

**Тормозимо-инертный вариант тотального недоразвития**

Спецификой детей с *тормозимо-инертным вариантом тотального недоразвития я*вляется (помимо выраженных проблем формирования всех сторон познавательной деятельности) еще и значительная вялость, заторможенность, инертность (ригидность), низкий уровень психической активности в целом. Достаточно часто при этом варианте отклоняющегося развития в качестве причин выявляется такое специфическое органическое поражение ЦНС, как эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома. Это, в свою очередь, приводит к формированию истинной инертности, ригидности, «тугоподвижности» протекания мыслительных процессов. В раннем возрасте наблюдаются признаки поражения ЦНС вследствие пре- и перинатальной патологии. Часто отмечаются не только признаки гиповозбудимости – низкая двигательная и психическая активность, но и признаки сниженного мышечного тонуса. Общий фон настроения часто снижен, дети плаксивы, долго успокаиваются, в тоже время им не свойственны резкие перепады настроения (в отличие от детей с другими вариантами тотального недоразвития). Ребенок с трудом вступает в контакты, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельности и испытывает дискомфорт при ее прерывании. В эмоциональных реакциях ребенок также инертен. Сами эмоциональные реакции значительно уплощены. От контактов с детьми часто уклоняется, эти контакты можно назвать «формальными». Склонен находиться рядом со взрослым или рядом с ребенком, к которому привык и от которого зависим. Очень ориентирован на реакции взрослого.

**Задержанное** **развитие**

Характерен замедленный темп формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией а более ранних возрастных этапах. *Этиология*: может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хрон. заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), церебрально-органическая недостаточность резидуального характера (инфекции, интоксикации,, травмы мозга). При этом ЗР эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантов инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Характерна мозаичность поражения, при которых наряду с дефицитными функциями имеются и сохранные.

**Гармонический инфантилизм** (при ЗПР конституционального происхождения) ***-****п*ропорциональ­ное сочетание физической и психической незрелости при достаточно благополучном психическом состоянии в целом (проявления инфантилизма не ослож­нены дополнительными неблагоприятными факторами и выражаются только в эмоционально-волевой незрелости, детям свойственны относительная живость психики, любоз­нательность, интерес к окружающему, они активны в игре, привносят в нее творческий элемент, фантазию). Эта форма инфантилизма встречается обычно при наследственной предрасположенности к более позднему развитию психичес­ких функций, у ближайших родственников также можно вы­явить наличие инфантильных черт в детстве, иногда инфан­тильность встречается также у близнецов и у недоношенных детей.

Развитие детей с гармоническим инфантилизмом имеет благоприятный прогноз: при правильной организа­ции воспитания и обучения эти дети со временем догоняют своих сверстников в учебе, негативные тенденции их лично­стного развития сглаживаются.

**Дисгармонический инфантилизм** отличается сочетанием признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму с отдельными патологическими чертами характера, такими как аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность, повышенный интерес к социальным эксцессам. Отдельные патологические черты характера обнаруживаются уже на 1—2-м году жизни в виде упрямства, реакций протеста, стремления настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. У детей старшего возраста черты незрелости эмоционально-волевой сферы «перекрываются» девиантным поведением и патологическими чертами характера. Структура и возрастная динамика дисгармонического инфантилизма позволяют расценивать его как этап формирующейся психопатии.

**Парциальная несформированность впф и отличие от зпр**

**(по М.М и Н.Я Семаго).**

**Парциальная несформированность высших психических функций (ЗПР церебрально-органического генеза), её ядерные признаки.**

Другая подгруппа «недостаточного развития», получившая название «**парциальная несформированность высших психических функций**», имеет ряд принципиальных отличий по сравнению с только что описанной подгруппой. В данном случае нельзя говорить лишь о задержке развития. Многолетняя практика показывает, что развитие детей этой категории идет принципиально иным путем, чем развитие детей с истинной задержкой психического развития. Эти дети не догоняют своих сверстников ни к 9-11 годам, ни даже позднее.

***Парциальная несформированность ВПФ преимущественно регулятор­ного компонента***

характеризуется в первую очередь импульсивностью в по­ведении, чаще двигательной и речевой расторможенностью, чем вялостью. При этом физические параметры развития в целом соответствуют возрасту. Но порой поведение ребенка становится неуправляемым. Преобладают выраженные игровые интересы, хотя и в играх такие дети чаще всего конфликтны и недостаточно критичны.

Отличительной чертой развития познавательной сферы является несфор­мированность именно произвольности ВПФ: не столько элементарных (вос­приятие, память, внимание), сколько «высших» (программирование и контроль), то есть собственно регуляторных процессов. При достаточной внешней орга­низации деятельности и ее жестком контроле дети способны к выполнению познавательных задач, соответствующих возрасту.

В случаях же «вялости» психических проявлений отмечается общая потеря интереса и необходимость создания яркой игровой мотивации для достижения положительных резуль­татов деятельности. Эти особенности должны учитываться не только в раз­вивающей или коррекционной работе, но и при проведении диагностического исследования.

Прогноз развития тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа под наблюдением врача. В запущенных случаях или когда работа начинается после 8-9 лет, возможна девиация развития в сто­рону группы асинхронного развития (дисгармоничное развитие экстрапунитивного типа).

Основными диагнозами являются: «органический инфантилизм», «синд­ром гиперактивности и дефицита внимания», «минимальная мозговая дис­функция», «гиперкинетические расстройства» — (F90) (МКБ-10). Могут так­же наблюдаться такие специфические формы речевых нарушений, как повы­шение темпа речи — «тахилалия» (по МКБ-10 «речь взахлеб» — F98.6). Ведущим специалистом для данного типа отклоняющегося развития следует считать психолога со знанием нейропсихологии или с нейропсихологической специализацией. При выраженных неврологических нарушениях ведущим специалистом может быть врач-невролог или психиатр.

Категория детей с ***парциальной несформированностью ВПФ преимуще­ственно вербального и вербально-логического компонента***

является наибо­лее представленной в работе психолога образования. Как правило, причиной обращения служат трудности ов­ладения соответствующим программным материалом. Чаще всего эти дети уже в дошкольном возрасте обращают на себя внимание так называемой «за­держкой речевого развития» и с большой долей вероятности попадают под на­блюдение логопеда или направляются в специализированные логопедические сады (группы).

 Однако у определенной части детей речевое недоразвитие ос­тается некомпенсированным. Дети, как правило, имеют невысокую речевую активность, сопровожда­ющуюся и спецификой развития, в первую очередь, крупной моторики. Они неловки и неуклюжи. Темп деятельности часто бывает невысоким, а на фоне утомления целенаправленность деятельности снижается. Среди осо­бенностей развития когнитивной сферы следует отметить значительно бо­лее успешное выполнение заданий невербального характера (порой превышающее средневозрастные показатели) по сравнению с заданиями вербального и вербально-логического плана.

Затруднено понимание сложных ре­чевых конструкций, все виды словообразования, активный словарь невелик, затруднен поиск обобщающих слов. В речи часто встречаются смысловые замены, (вербальные парафазии), затруднено понимание сложных простран­ственных, пространственно-временных, причинно-следственных лингвистичес­ких конструкций.

Дети могут проявлять неуверенность в себе, тревожность, компенсаторно обусловленные сложившимся стереотипом не­успешности. Именно у этих детей часто проявляются невротические знаки (тики, энурез, заикание и т.п.).  В соматическом отношении дети этой категории также довольно небла­гополучны: в анамнезе часто отмечается наличие аллергических реакций, дизбактериозы кишечника, проявления респираторного аллергоза (в частно­сти, бронхиальной астмы), а также выраженное своеобразие последовательно­сти развития двигательных навыков до года.

Прогноз развития детей представляется благоприятным в том случае, когда правильно построен «сценарий» работы (адекватная последовательность подключения специалистов в работу с ребенком), а сама работа начинается относительно рано, то есть создается прочная основа для овладения соответ­ствующими образовательными программами.

***Парциальная несформированность смешанного типа***

 часто представ­ляет из себя промежуточный (пограничный между парциальной несформированностью ВПФ и тотальным недоразвитием) вариант развития. Это самая сложная в дифференциально-диагностическом плане категория детей. Для детей, относимых к этому типу развития, характерны достаточ­но низкий уровень адаптационных возможностей, общее снижение активнос­ти, ориентировочных реакций. При этом выраженные послед­ствия органического поражения ЦНС отрицательно сказываются как на показателях темпа деятельности, так и на характеристиках работоспособнос­ти.

Часто на фоне утомления (даже неярко выраженного) появляется импуль­сивность.  В ситуации обследования эти дети обычно адекватны в поведении, но быстро устают, теряют интерес, критичность к результатам своей деятельно­сти может быть снижена, а процесс обучения новым видам деятельности и перенос их на аналогичный материал замедлен. В связи с этим в конце про­должительного по времени обследования они могут начать демонстрировать феномены, как две капли воды похожие на особенности детей с тотальным недоразвитием. Это накладывает особые ограничения, как на продолжитель­ность диагностического обследования таких детей, так и на непосредственно используемый методический аппарат.

Среди особенностей когнитивного развития в первую очередь следует от­метить недостаточность операциональной стороны мыслительной деятельно­сти (в том числе параметров внимания). Наблюдается также недостаточность отдельных звеньев ВПФ: гностических функций, в особенности фонематического восприятия, мнестических функций, речемыслительной деятельности. Отмечается также несформированность пространственных представлений, труд­ности понимания относительно сложных речевых конструкций. Все это и обусловливает несформированность даже простых форм логического мышле­ния, в результате - трудности работы с невербальным мате­риалом, в том числе на наглядно-действенном уровне.

Причем следует отме­тить, что состояние детей (уровень психической активности в целом) может колебаться в зависимости от метеорологических изменений, фаз луны и т.п., что может не только ухудшать результативность выполнения заданий, но порой и способствовать ее улучшению. Такие колебания состояния свидетель­ствуют о неустойчивости нейродинамических характеристик.

В школьном возрасте дети привыкают к неуспехам и у них начинают формироваться компенсаторные личностные и поведенческие реакции в виде заниженной самооценки, тревожности, протестных форм поведения. Произвольность высших психических функций и произвольная эмоциональная регуляция поведения нестойки при относитель­но сформированной произвольной регуляции на двигательном уровне.

Пространственные представления, как уже говорилось, сформированы не­достаточно (часто на уровне анализа «от тела»), или отмечаются их нестой­кость, трудности актуализации имеющихся представлений. В речи присутствуют лишь наиболее простые предлоги, выражены затруднения в понимании даже относительно несложных пространственных, пространственно-временных и, как следствие, причинно-следственных отношений.

Если все замечания относительно особенностей оказания помощи этой группе детей учтены, а сама работа начата не позднее 7,5-8-летнего возраста, то можно предполагать, с одной стороны, невысокую динамику развития ре­бенка в целом, а с другой — прогноз дальнейшего развития можно оценивать как достаточно благоприятный.

**Примеры психологических заключений:**

1. Ребёнок с умственной отсталостью (по заключению психиатра): психический дизонтогенез по типу тотального недоразвития высших психических функций.

2. Ребёнок с аутизмом и умственной отсталостью (по заключению психиатра): сложный психический дизонтогенез по типу искажённого развития в сочетании с тотальным недоразвитием высших психических функций.

3. Ребёнок с ЗПР и ДЦП: сложный психический дизонтогенез по типу задержанного развития ВПФ в сочетании с дефицитарным развитием вследствие нарушения опорно – двигательного аппарата.

А может быть и так: сложный психический дизонтогенез по типу парциальной недостаточности когнитивного компонента познавательной деятельности в сочетании с дефицитарным развитием вследствие нарушения опорно – двигательного аппарата.

4. Ребёнок с тяжёлым нарушением речи: психический дизонтогенез по типу парциальной недостаточности вербального компонента познавательной деятельности.

5. Ребёнок с тяжёлым нарушением зрения и ЗПР: сложный психический дизонтогенез по типу дефицитарного развития вследствие тяжёлого нарушения зрения в сочетании с парциальной недостаточностью когнитивного компонента познавательной деятельности.

Используемые материалы:

1. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.:, 2-е изд.,

испр. М.: Изд. центр «Академия», 2004.

2. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Организация и содержание деятельности психолога

специального образования. М.: АРКТИ, 2005.

3. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и

коррекционной работы психолога. М.: АРКТИ, 2003.

4.https://studfiles.net/preview/1728046/page:14/

Используемые материалы:

[https://studfiles.net/preview/1721571/page:5/](https://studfiles.net/preview/1721571/page%3A5/)