**КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ**

**ВОСПИТАТЕЛЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ**

**ВИДЫ НЕДОСТАТОЧНОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.**

**ТОТАЛЬНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ**

****

Педагог-психолог Лифарева Н.В.

**Виды недостаточного развития**

К этой классификационной группе относятся варианты психического дизонтогенеза, для которых специфичным является недостаточность по отноше­нию к средненормативному развития всех (тотальное, задержанное) или от­дельных (парциальное) психических функций и их базовых составляющих. При этом преимущественно оказыва­ются недостаточно сформированными такие предпосылки психического раз­вития, как произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные представления. При этом в первую очередь наблюдаются проблемы когнитив­ного характера, осложняющиеся спецификой формирования регуляторной и аффективной сфер, то есть поведения ребенка в целом.

Причины, вызывающие такого рода варианты отклоняющегося развития, различны: от выраженных органических поражений ЦНС, в том числе и генетически обус­ловленных, до неярко выраженной специфики функциональной организации мозговых систем. Так же различны и степень выраженности когнитивных и поведенческих проблем ребенка, прогноз его дальнейшего развития, виды спе­циальной психологической помощи.

В рамках группы недостаточного развития можно выделить три основные подгруппы, различающиеся как по характеру, так и по выраженности недо­статочности психического развития в целом:

— тотальное недоразвитие;

— задержанное развитие;

— парциальная несформированность (отдельных) высших психических функций (ВПФ).

Следует отметить, что, несмотря на некоторую схожесть феноменологии отдельных типов недостаточного развития, например подгруппы тотального недоразвития и одной из форм парциальной несформированности ВПФ (см. дополнительную консультацию), все они требуют совершенно различного подхода к построению коррекционной и развивающей работы, специфики сопровождения разными специалистами.

**Тотальное недоразвитие**

Развитие при таком варианте дизонтогенеза определяется двумя основными законами: тотально­стью недоразвития и его иерархичностью. Это выражается в том, что недо­статочность отдельных ВПФ (гнозиса – познавание предметов, явлений, их смысла и символического значения; праксиса - способности к выполнению целенаправленных двигательных актов; памяти, внимания) проявля­ется меньше, чем недоразвитие собственно мыслительной деятельности, выс­ших мотивационно-волевых и эмоциональных компонентов, личностного развития в целом. То есть в любом варианте деятельности страдает наибо­лее сложный его уровень, связанный с обобщением, анализом и синтезом.

Несомненно, что степень выраженности тотального недоразвития будет пропорциональна массивности поражения центральной нервной системы в целом (органическая составляющая уровня причин). В некоторых слу­чаях имеется конкретный повреждающий фактор, тогда тотальное недоразви­тие как бы «смыкается» с группой поврежденного развития.

Тотальное недоразвитие может проявиться уже достаточно рано резким, по сравнению с условно нормативным развитием, запаздыванием сроков как психомоторного и психоэмоционального, так и речевого развития. В дальней­шем оно характеризуется грубым несоответствием этих параметров возраст­ным показателям, а также грубой социальной незрелостью. Именно тоталь­ное недоразвитие характеризуется *крайне низкими*показателями адекватно­сти, критичности, обучаемости, что может служить дополнительным дифференциально-диагностическим признаком.

От­метим наиболее типичные признаки типов тотального недоразвития:

— простой уравновешенный;

— аффективно-неустойчивый;

— тормозимо-инертный.

Для ***простого уравновешенного типа***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. Общие характеристики темпа и работоспособности при работе с доступными заданиями (как правило, наглядно-действенного характера) могут приближаться к нормативным, но самоконтроль деятельности малодоступен, а критичность к результатам собственной деятельности выражение снижена. Ребенок, как правило, находится в благодушном настроении. В целом дея­тельность носит манипулятивный, подражательный характер, опирающийся на внешний рисунок, а не на смысловой контекст деятельности. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны, но и не злобны. Они достаточно ориенти­рованы на оценку другого человека и отличаются правильным поведением. В силу некритичности их притязания на успех могут быть завышены. В це­лом личностный профиль уплощен.

Для этого типа тотального недоразвития характерным является то, что произвольность высших психических функций и произвольная эмоциональ­ная регуляция поведения выраженно незрелы при относительно сформирован­ной произвольной регуляции на двигательном уровне (в первую оче­редь — общей моторики). При этом более дифференцированная регуляция мелкой моторики будет затруднена. Пространственные представления, как пра­вило, не сформированы уже на уровне анализа «от тела» (структурно-тополо­гическое пространство). В речи присутствуют лишь наиболее простые пред­логи и ярко выражены затруднения в понимании даже относительно несложных пространственных, пространственно-временных и (как следствие) причинно-следственных отношений, что говорит о выраженной недостаточно­сти развития третьего и четвертого уровней (вербального и лингвистическо­го) формирования пространственных представлений.

При проведении развивающей и коррекционной работы следует учитывать как вышеописанные феноменологические особенности, так и особенности струк­туры формирования базовых предпосылок психической деятельности для это­го типа тотального недоразвития. В связи с этим строятся и развивающе-коррекционные программы. Несмотря на то, что детям данной категории показа­ны практически все виды развивающей работы, необходимо отдельно выделить приоритетные. К ним могут быть отнесены программы по развитию межанали­заторных взаимодействий (зрительно-, слухо-моторные координации), произволь­ных форм регуляции высших психических функций и поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также программы по формированию пространственных представлений.

Обязательным является подключение педагога-дефектолога, в том числе логопеда с общепринятыми программами развития. В качестве программы развития эмоциональных характеристик необходимо выделить в первую оче­редь тоническую стимуляцию за счет организации ритма аффективной жизни. Также необходимым является наблюдение врача невролога и детского психиатра с целью определения возможной медикамен­тозной поддержки и стимуляции развития.

При данном типе тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленную динамику развития. При соответствующих программах развития и обучения наблюдается удовлетворительная социальная адаптации (в слу­чае легкой степени). При неблагоприятных условиях в подростковом перио­де возможна девиация состояния в сторону аффективно-неустойчивого или тормозимо-инертного типов, что может значительно осложнить социальную адап­тацию, в целом увеличивает риск формирования асоциальных форм поведения.

Основным диагнозом, который ставят врачи этим детям, является «Ум­ственная отсталость (различающаяся по степени глубины): олигофрения в степени дебильности, имбецильности, идиотии» — /317-319/ (МКБ-9), «ум­ственная отсталость» (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая) — (F70-F79) (МКБ-10).

***Аффективно-неустойчивый тип***тотального недоразвития характеризу­ется, в первую очередь выраженной импульсивностью (нарушениями целенап­равленности) поведения и деятельности в целом, трудностями организации поведения, немотивированными перепадами настроения от эйфории к дисфории и наоборот. Дети быстро пресыщаются. На фоне пресыщения чаще всего и возникают аффективные вспышки агрессивности. Характер игры мало чем отличается от предыдущего типа, но в общении со сверстниками может быть деструктивен, агрессивен и вспыльчив. У детей наблюдается расторможенность влечений, что проявляется в подростковом возрасте особенно ярко в виде расторможенности сексуальных и других витальных влечений. Феноменология нарушений познавательной деятельности более выражена по сравнению с предыдущим типом вследствие грубой импульсивности и нецеленаправленности.

В целом при одинаковом с детьми предыдущего типа уровне актуально­го развития (или степени выраженности дефекта) эти дети демонстрируют более низкие результаты. Среди детей с данным типом недоразвития значительно чаще встречаются дети с органическими заболеваниями и ранними поврежде­ниями ЦНС, а также со знаками атипичного развития. Оба фактора негатив­но сказываются на состоянии ребенка.

Среди базовых составляющих психического развития следует в первую очередь отметить грубейшую несформированность произвольной регуляции психической активности (начиная с несформированности самых элементарных уровней произвольной регуляции силы мышечного тонуса), что, в свою оче­редь, определяет специфику формирования пространственных представлений и приводит к специфическим диспропорциям организации эмоци­ональной регуляции. Следует отметить, что при одинаковой глубине органи­ческого поражения ЦНС сформированность пространственных представлений у детей этой категории в целом ниже, чем у детей с простым уравновешен­ным типом недоразвития. Пространственные представления начинают «стра­дать» уже на уровне схемы тела и ощущений, идущих «изнутри» тела.

Для данной категории детей в первую очередь целесообразно любую коррекционную работу проводить на фоне или непосредственно после курсов как специфической, так и неспецифической медикаментозной терапии. Следовательно, при определении последовательности включения в работу с детьми специ­алистов разного профиля приоритет отдается детскому психиатру и невроло­гу. Дальнейшая работа должна быть направлена в первую очередь на форми­рование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля, поскольку без этой «базы» деятельность олигофренопедагога и логопеда может быть малоэффективной.

Так же необходима массивная психотерапевтическая работа с семьей та­кого ребенка. Это обусловлено общей дезадаптацией не только самого ребен­ка, но и семьи в целом, значительными нарушениями социальных контактов, связанных в первую очередь со спецификой поведения детей, а также чрезвы­чайно низкой положительной динамикой развития и обучения, что не может не вызывать огромную тревогу родителей.

Помимо низкой динамики развития, которая чрезвычайно сильно коррелирует с успешностью медикаментозной терапии, можно говорить о неблагоп­риятном прогнозе и большой вероятности признания ребенка инвалидом. Основным диагнозом является «атипичная («лобная» по М.С. Певзнер) форма олигофрении», «умственная отсталость (соответственной степени выраженно­сти) со значительными поведенческими нарушениями, требующими внимания или лечебных мер» — (F7x.l-F7x.8), «гиперактивное расстройство, сочетаю­щееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» — (F84.4) (МКБ-10). В качестве ведущего для этой категории детей необходимо признать в первую очередь психиатра.

Спецификой детей с ***тормозимо-инертным типом***тотального недоразвития является вялость, заторможенность, низкий уровень психической актив­ности (в редких случаях уровень психической активности бывает достаточ­ным). Достаточно часто при этом типе дизонтогенеза отмечается органичес­кое поражение ЦНС (в частности, эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома).

Общий фон настроения может быть сниженным, дети часто плаксивы. Ребенок с трудом вступает в контакты, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельнос­ти и может испытывать даже дискомфорт при ее прерывании. В эмоциональ­ных реакциях ребенок инертен. Сами реакции значительно уплощены. От контактов с детьми часто уклоняется, эти контакты можно назвать «формаль­ными». Склонен находиться рядом со взрослым или ребенком, к которому привык и от которого зависим.

Для этого типа развития наиболее специфичными являются низкий темп деятельности, ее выраженная инертность, а также склонность к реакциям тормозимого типа: замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. Ребенок одновременно легко отвлекаем и тормозим. В целом развитие по­знавательной деятельности у таких детей наряду с общими характеристика­ми, свойственными подгруппе в целом, отягощается инертностью и тугоподвижностью психических процессов. Общий уровень развития моторики (круп­ной и мелкой), как правило, ниже, чем в предыдущих случаях.

Если произвольная регуляция двигательной активности может быть раз­вита несколько лучше, чем у описанных ранее типов тотального недоразви­тия, то высшие формы регуляции, начиная с уровня произвольной регуляции высших психических функций и функций программирования и контроля, стра­дают в большей степени.

Наиболее характерными нарушениями, свидетельствующими о несформированности целостного представления картины мира, для детей этого типа развития являются трудности определения пространственных отношений меж­ду объектами и «оречевление» этих взаимоотношений: неправильное употреб­ление предлогов в речи, невозможность вербализации отдельных пространствен­но-временных и причинно-следственных взаимоотношений.

Важной особенностью формирования развивающих и коррекционных про­грамм (при отсутствии неврологических противопоказаний) является вклю­чение в них разнообразной сенсорной стимуляции, в том числе и полимодаль­ной. Использование сенсорной стимуляции позволяет обеспечить необходимую тонизацию для повышения уровня общей психической активности ребенка. Эта работа должна быть проведена на первом этапе деятельности специали­стов. В дальнейшем для детей этого типа развития показаны все возможные варианты развивающе-коррекционной работы: программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функции программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе форми­рование пространственных представлений, основанных на принципе замеща­ющего развития. Общепринятые методы дефектологии и программы специального коррекционного образования, несомненно, должны иметь приоритетное значение.

Поскольку эти дети достаточно удобны в качестве учеников и, как пра­вило, не привлекают к себе большого внимания на фоне детей других катего­рий тотального недоразвития, работа с ними проводится обычно в последнюю очередь, что, безусловно, негативно сказывается на динамике их развития. При наличии органического заболевания ЦНС (в частности, эпилепсии или вари­антов эпилептического синдрома) прогноз дальнейшего развития ребенка в большей степени зависит от адекватности и эффективности медикаментозно­го лечения.

Основными диагнозами могут быть: «умственная отсталость с мини­мальными поведенческими нарушениями или отсутствием их» — (F7x..O) (МКБ-10), другие заболевания и ранние поражения ЦНС, сопряженные с умственной отсталостью, в том числе и наследственной природы.

**См. дополнительно консультации «Задержанное психическое развитие», «Парциальная несформированность высших психических функций».**