**КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ**

**ВОСПИТАТЕЛЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ**

**ПАРЦИАЛЬНАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ**



Педагог-психолог Лифарева Н.В.

Другая подгруппа «недостаточного развития», получившая название ***«пар­циальная несформированностъ высших психических функций»,***имеет ряд принципиальных отличий по сравнению с подгруппой детей с ЗПР.

С самого начала следует признать, что многие психологи и психиатры широко используют термин «парциальность» для характеристики неравномер­ности развития тех или иных сторон психической деятельности – мозаичной незрелости отдельных сторон психического развития ребенка. Наиболее принципиальное, основное отличие детей данной подгруппы от детей с различными типами *задержанного разви­тия*заключается в том, что в данном случае ни в коей мере 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. Расходясь еще в раннем воз­расте, пути развития этих двух групп детей продолжают расходиться на про­тяжении всего дошкольного детства, а **если не принимать серьезных специфических мер помощи**, это расхождение продолжится и в младшем школь­ном возрасте. Эти дети «не догоняют» своих сверстников ни к 9-11 годам, ни даже позднее. В дальнейшем признаки несформированности когнитивно­го звена ВПФ «маскируются» особенностями эмоционально-личностного раз­вития, которые и квалифицируются позже как иные варианты дизонтогенеза (например, различные виды дисгармоний или, в наиболее тяжелых случаях — как тотальное недоразвитие).

Направление развития этой группы детей характеризуется не только ко­личественно отличными от истинной задержки показателями, но и качественно иной структурой особенностей со­ставляющих психической деятельности ребенка. Развитие этой категории детей проходит в большинстве случаев, не сходясь и не пересекаясь с «генеральной линией развития».

Качественные отличия в первую очередь касаются сформированности базо­вых составляющих (предпосылок) психической деятельности. Иногда даже в ситуации массированного коррекционного воздействия с привлечением самых разнообразных специалистов, медикаментозной поддержки можно говорить, как правило, всего лишь о некоторой компенсации в развитии высших психических функций, «приближении» развития ребенка к «социально-психологическому нормативу».

Одним из основных важных диагностических выводов при таком подхо­де является необходимость с помощью опроса родителей (сбор психологичес­кого анамнеза), наблюдения за ребенком и соответствующих диагностических процедур определить, на каком возрастном этапе вероятнее всего произошел «сбой» программы развития. Это является одной из отправных точек, опре­деляющих построение адекватных коррекционных программ в соответствии с принципом замещающего развития.

Подгруппа **«парциальная несформированность ВПФ»** мо­жет быть разделена на следующие типы:

— с преимущественной несформированностью регуляторного компо­нента;

— с преимущественной несформированностью вербального и вербально-логического компонента;

— с несформированностью смешанного типа.

Как с диагностических, так и с коррекционных позиций подобное «разве­дение» отражает специфику проблем детей и определяет приоритетное направ­ление того или иного вида психологической коррекционной работы и учас­тия других специалистов в помощи ребенку.

***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. По­мимо импульсивности в любом варианте деятельности, включая и игру, сле­дует отметить, что порой поведение ребенка становится неуправляемым, не регулируемым взрослым. 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.

Общая структура (профиль) и пропорции несформированности отдельных базовых составляющих неравномерен, среди последних следует отметить в пер­вую очередь несформированность произвольной регуляции психической актив­ности, начиная с трудностей удержания двигательной программы (жестко за­данной последовательности двигательных актов), а часто и с произвольной регуляции силы мышечного тонуса.

Формирование пространственных представлений страдает преимущественно на уровне вербальных представлений, что влечет за собой в том числе и труд­ности понимания отдельных пространственных, пространственно-временных и квазипространственных речевых конструкций.

Развивающая и коррекционная работа с этой категорией детей в первую очередь должна быть направлена на формирование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля. Причем, работа дол­жна проводиться с привлечением вначале двигательных, а позднее или параллельно когни­тивных методов, основанных на нейропсихологическом подходе. «Программи­рующей» в некоторых случаях может оказаться и сама среда (в том случае, если она специально структурируется), которая и создает возможность для постоянного внешнего контроля.

Предполагается, что ребенку необходимо наблюдение невролога, а в резко выраженных случаях — и детского психиатра, отслеживание динамики раз­вития нейропсихологом (с обязательным предварительным анализом особен­ностей корково-подкорковых взаимодействий, характера асимметрии или неполной идентичности левой и правой половин тела, которая может проявляться на анатомическом, биохимическом, физиологическом и функциональном уровнях). Ло­гопедическую коррекционную работу на начальных этапах помощи ребенку можно считать нецелесообразной как в силу крайне низкой ее результатив­ности вследствие выраженной регуляторной незрелости, так и вследствие спе­цифических особенностей функциональной организации мозговой деятельно­сти. Именно последним фактором объясняется также и необходимость чрез­вычайно осторожного подхода к назначению лекарственных препаратов.

Прогноз развития тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа под наблюдением врача. В запущенных случаях или когда работа начинается после 8-9 лет, возможно отклонение развития в сто­рону группы асинхронного развития (дисгармоничное развитие экстрапунитивного типа, характеризующееся вымещением негативных эмоций на других и провоцирующего агрессивные формы поведения.). В этих случаях большое значение имеет представленность и вы­раженность таких отягощающих развитие ребенка факторов, как нарушение развития, неблагоприятная социально-педагогическая ситуация развития и неадекватная коррекционная работа (например, только массивная психотера­пия без медикаментозной поддержки и т.п.).

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 не трудности организации поведения ребенка в дошколь­ных или школьных образовательных учреждениях или дома, а 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, по-видимому, компенсаторно обусловленные сложившимся стереотипом неуспешности. Именно у этих детей часто проявляются невротические знаки (тики, энурез, заикание и т.п.). С точки зрения специфики профиля функ­циональной ассиметрии при этом варианте отклоняющегося развития чаще всего встречается смешанная или неустоявшаяся латерализация (асимметрия или неполная идентичность левой и правой половин тела), то есть знаки нарушенного развития.

В соматическом (телесном) 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.

С точки зрения специфики формирования базовых предпосылок (состав­ляющих) психического развития описываемый тип характеризуется, в первую очередь выраженной несформированностью пространственных представлений. В некоторых случаях можно говорить даже о несформированности схемы тела и лица уже в вертикальной плоскости: на уровне «выше — ниже», не говоря уже о трудностях анализа пространствен­ных взаимоотношений внешних по отношению к телу объектов как в верти­кальной, так и в горизонтальной плоскостях. То есть можно говорить о том, что несформированными являются метрические и координатные представле­ния. Понятно, что все последующие уровни пространственных представлений оказываются «в дефиците», недосформированными.

При этом уровни базальной аффективной регуляции эмоций и формиро­вание произвольных механизмов деятельности могут отставать во времени, не совпадать с онтогенетической программой развития в целом и иметь ту или иную неярко выраженную специфику, проявляющуюся в трудностях регуляции собствен­ного поведения на фоне утомления или в стрессогенной ситуации. Особенно­сти аффективно-эмоционального развития (робость, боязливость, неуверенность в сложных ситуациях) могут свидетельствовать о невыраженной гипофунк­ции.

В данном случае основным направлением развивающей или коррекционной работы должно стать формирование пространственных представлений в соответствии с принципом замещающего онтогенеза, то есть выстраивание пространственных представлений, начиная с самых элементар­ных уровней работы с телом. Безусловно, таким детям показана и моторная коррекция, основанная на нейропсихологическом подходе (и, соответственно, отслеживание динамики этой работы специалистом с нейропсихологической специализацией). И только по достижении определенной динамики развития рекомендуется подключение собственно логопедической работы. (Такая последовательность проведения коррекционных мероприятий возможна лишь в случае работы с детьми младшего дошкольного возраста, когда имеется достаточный запас времени. При работе с детьми более старшего возраста необходимо говорить о параллель­ном проведении психологических и логопедических коррекционных занятий). Кроме того, предполагается работа по гармонизации уровней аффективной регуляции, в основном в рамках специально выстроенной программы групповой (игровой) психотерапии.

Значительная представленность в этой группе детей со специфическими особенностями непосредственно функциональной организации мозговой дея­тельности (неустоявшаяся или смешанная латерализация, семейное или ла­тентное левшество, иные знаки атипичного развития) требует чрезвычайно осторожного подхода к применению лекарственных препаратов и медикамен­тозной терапии в целом.

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. Очень важным фактором безус­ловно является общий эмоциональный фон.

При неблагоприятном стечении обстоятельств возможно отклонение разви­тия по двум направлениям:

1. Нарастание с возрастом проблем, связанных с недостаточностью опе­рациональной стороны мыслительной деятельности, гностических функций, в особенности фонематического восприятия, функций памяти, с формированием произвольной регуляции собственной дея­тельности. Все это обусловливает все большее рассогласование между услов­но нормативными возрастными параметрами и показателями развития высших форм логического мышления ребенка, то есть фактически определяет утяже­ление состояния до парциальной несформированности смешанного типа, а в некоторых случаях возможно дальнейшее отклонение состояния в сторону со­циально обусловленных форм тотального недоразвития — олигофреноподобного синдрома.

2. Отклонение состояния в сторону группы асинхронного развития (различ­ные варианты дисгармоничного развития), то есть нарастание поведенческих реакций вплоть до патохарактерологических реакций, которые вначале носят компенсаторный характер, а в более старшем возрасте приводят к патологи­ческому формированию личности в целом.

Основными являются: в первую очередь — логопедический диагноз (пре­имущественно «общее недоразвитие речи» различной степени выраженности); медицинский диагноз — «задержка психоречевого развития на резидуально-органическом фоне». В школьном возрасте этим детям ставятся такие ди­агнозы, как «дисграфия и/или дислексия на фоне некомпенсированного об­щего недоразвития речи». Кроме того, часто неврологами диагностируется неврозоподобный синдром (его астенический или астено-невротический варианты). В соответствии с современной классификацией психических рас­стройств детского возраста (МКБ-10) могут быть поставлены такие диагнозы (без конкретизации) как «специфические расстройства речи» — (F80), «спе­цифические расстройства развития учебных навыков» — (F81) (25,26).

Назначение ведущего специалиста зависит от возраста ребенка и выра­женности речевых нарушений. Соответственно, ведущим специалистом может быть либо логопед, либо (на первом этапе коррекционной работы) психолог (нейропсихолог). Часто оба этиспециалиста могут рассматриваться в каче­стве ведущих.

***Парциальная несформированностъ 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. Часто на фоне утомления (даже неярко выраженного) появляется импуль­сивность как в общем рисунке поведения, так и при выполнении предлагае­мых заданий.

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, функций памяти, речемыслительной деятельности. Отмечается также несформированность пространственных представлений, труд­ности понимания относительно сложных речевых конструкций. Все это и обусловливает несформированность даже простых форм логического мышле­ния, что имеет своим результатом 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 как ухудшать результативность выполнения заданий, так и порой 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.

Если рассматривать особенности произвольной психической активности как одну из базовых составляющих психической деятельности в целом, то можно сказать, что для этого типа характерным является то, что произвольность высших психических функций и произвольная эмоциональная регуляция поведения не столько выраженно незрелы, сколько нестойки при относитель­но сформированной произвольной регуляции на двигательном уровне.

Пространственные представления, как уже говорилось, сформированы не­достаточно - в речи присутствуют лишь наиболее простые предлоги, выражены затруднения в понимании даже относительно несложных пространственных, пространственно-временных и, как следствие, причинно-следственных отношений, что говорит о недостаточности развития формирования пространственных представлений.

Касаясь особенностей проведения коррекционных мероприятий, особое внимание следует обратить на работу по повышению общего уровня актив­ности и продуктивной работоспособности, которая должна предшествовать началу собственно психолого-педагогической коррекции. Здесь чаще всего необходима помощь не только врача-невролога, но и педиатра, гомеопата, на­значение неспецифической витаминотерапии, общеукрепляющих и режимных мероприятий, разумная дозировка нагрузок и т.п. Трудно себе представить, что без этих мер, только нагружая ребенка дополнительными коррекционными занятиями, пусть даже в игровой или двигательной форме, мы сможем помочь ему преодолеть имеющиеся трудности (особенно учитывая личностное отно­шение этих детей к собственной неуспешности). Такая «коррекционная нагрузка» на ребенка возможна лишь в той ситу­ации, когда работа всех специалистов будет согласованной. В большинстве случаев имеет смысл говорить об интегрированном варианте коррекционной работы, включающем в себя в том числе и психотерапевтические элементы, так как занятия по всем «направлениям» с разными специалистами часто оказываются непомерно «нагрузочными».

При позднем обраще­нии к специалистам вполне возможно отклонение развития в сторону тоталь­ного недоразвития, часто осложненного личностной дисгармонией и наруше­ниями поведения. При этом, помимо нарастания проблем обучения, будет резко сужаться сфера интересов ребенка, уплощаться эмоциональные реакции.

Социальная ситуация развития может вносить как положительные, так и отрицательные «коррективы» в развитие ребенка. В случае неблагоприят­ных условий (неполная, малообеспеченная семья, алкоголизм родителей, низ­кий социальный уровень семьи и т.п.) часто приходится с сожалением кон­статировать, что ребенку, которого можно было «вытянуть» при раннем вмешательстве, приходится выносить такой диагноз, как «со­циально обусловленное тотальное недоразвитие».

Диагнозы других специалистов: «задержка психоречевого развития», "ЗПР церебрально-органического генеза», «специфические задержки развития» — (315.0-315.9) (МКБ-9), «неврозоподобный (астенический) синдром», «специ­фические расстройства учебных навыков» — (Р81) (МКБ-10), «дизграфия», «дислексия» и т.п. Часто таким детям уже в дошкольном возрасте ошибочно ставится диагноз «легкая умственная отсталость» — (Р70) (МКБ-10), что определяет весь жизненный путь ребенка и его семьи. В то же время в воз­расте старше 9-10-ти лет, особенно при выраженной социальной «неблагополучности» развития, вполне правомерно может быть поставлен диагноз «олигофреноподобный синдром».