**Нарушение интеллектуального развития у детей.**

**Умственная отсталость и ЗПР у детей.**

**Психолого-педагогическая коррекция детей с У/О и ЗПР**

*Задержка психического развития (пограничная интеллектуальная недостаточность)*

Задержка психического развития представляет собой достаточно многочисленную разнообразную группу расстройств, которые объединяет общая особенность -дизонтогенез психической сферы. Во всех случаях речь идёт о таких состояниях, при которых степень интеллектуальных отклонений не выходит за пределы зоны, пограничной между нормой и умственной отсталостью.

Задержанное развитие отличается лишь замедлением темпа формирования и парциальностью, частичным поражением интеллектуальной, эмоциональной, сенсорной или психомоторной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах при большей сохранности высших регуляторных систем. Постепенно отличия от нормы у таких детей нивелируются. n Умственная отсталость IQ 69 и менее n ЗПР IQ с 70 по 85-89 n Норма IQ 90-109 ( встречается у 50% населения) Термин "задержка психического развития " (Г.Е. Сухарев, М.П. Певзнер и др.) , который прочно вошёл в диагностическую практику, не всегда адекватно отражает особенности многих состояний легкой интеллектуальной недостаточности, квалифицируемых как ЗПР, однако не являющимися в достаточной степени временными, динамичными и обратимыми.

Учитывая это, ряд авторов (В.В. Ковалёв, А.Е. Личко, В.М. Лупандин и др.) считают целесообразным объединить все формы лёгкой интеллектуальной недостаточности понятием "пограничная интеллектуальная недостаточность" (ПИН), предложенным В.В. Ковалёвым. Оно включает в себя как легкие, динамические и обратимые формы интеллектуальной недостаточности, тесно примыкающие к норме, так и более стационарные состояния, и имеющие менее выраженные тенденции к обратимому развитию и требующие специальных условий и методов для их компенсации. Помимо этих двух терминов для квалификации данного типа патологии используются термины псевдоолигофрения, субдебильность, пограничная умственная отсталость, психический инфантилизм, нарушение психологического развития, минимальная мозговая дисфункция. ЗПР ( ПИН) может представлять собой как самостоятельный вариант дизонтогенеза, так и присутствовать в структуре других вариантов.

*Разновидности дизонтогенеза* .Ретардация психического развития - помимо задержки психического развития, включает в себя общее стойкое недоразвитие (олигофрению) для которой характерно возникновение аномалий развития в период внутриутробного формирования мозга или в раннем возрасте ( до 2-3 лет). Психический дефект при этом имеет тотальный и необратимый характер, дети с олигофренией, в отличие от детей с ЗПР, никогда не достигают уровня нормального развития, независимо от объема, качества и продолжительности помощи. Повреждённое развитие – связано с более поздним ( после 2-3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформировалась и их недостаточность проявляется в признаках повреждения. Характерной моделью тяжелого варианта повреждённого развития является органическая деменция. Дефицитарное развитие Представляет собой вариант дизонтогенеза, в основе которого лежат те или иные нарушения отдельных анализаторов: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Им, как правило, сопутствуют психические отклонения, связанные с ограничением социальных контактов и осознанием собственной неполноценности. Прогноз психического развития ребёнка с данной патологией зависит от глубины поражения органов.

Искаженное развитие у ребёнка одновременно наблюдаются сложные сочетания синдромов и психологических особенностей, характерных для тех или иных форм дизонтогенеза, нормального или ускоренного развития, что приводит к ряду качественно новых патологических образований. Наиболее характерной моделью здесь является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Дисгармоническое развитие по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальностью акселерацией других. Отличие состоит в том, что основой этого вида дизонтогенеза является врожденная или рано приобретённая стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Это обуславливает формирование ряда аномальных вариантов личности (психопатий).

Эпидемиология ЗПР Окончательно не изучена, что в определенной степени обусловлено разновидностью состояний, объединённых в данную группу. ЗПР является одной из наиболее распространённых форм психической патологии детского возраста. Пик выявляемости приходится на возраст 7-10 лет. По результатам эпидобследований, проведённых в нашей стране, распространённость ЗПР среди подготовительных групп детского сада 5% (1980), среди учащихся начальных классов от 4% до 8,2% (1983), среди детей школьного возраста от 2,7% до 10-16%. Однако, среди неуспевающих школьников начальных классов, доля детей, страдающих ЗПР достигает 40%-60% (1980). Этиология ЗПР Многозначна и включает в себя биологические, биосоциальные и социальные факторы. К биологическим факторам относятся генетические механизмы, которые при ЗПР действуют не столь прямым образом, как при олигофрениях. Здесь могут иметь значения не только интеллектуальные отклонения у родителей, но и наличие у них психической патологии вообще. В мужской популяции ПИН встречается в 2-4 раза чаще, чем в женской. Ведущее же значение среди этой категории причин ЗПР имеют так называемые биологические вредности: токсико-химические, гипоксические, инфекционные, нейротравматические и т.п. Факторы, определяющие патологию беременности, родов и раннего постнатального периода. Биосоциальные факторы Включают в себя экологический криз, успехи акушерства и реаниматологии. Социальные факторы Повышенные требования к интеллектуальным способностям ребёнка в обществе, раннее обучение, усложнение школьных программ, улучшение уровня психиатрической и психологической диагностики, кризис патриархальной модели семьи, отрыв матери от воспитания ребёнка, неполноценные семьи, дисгармоничные и конфликтные отношения между родителями, хронические психотравмирующие ситуации в семье, аномалии в воспитании ребёнка, социально-психологическая изоляция ( синдром Маугли), социально-педагогическая запущенность, воспитание в семьях умственно отсталых и примитивных родителей, большое количество детей в семье и т.п.

*Патогенез ЗПР* Основным механизмом формирования ЗПР является нарушение созревания и последующая функциональная недостаточность наиболее сложных и молодых систем мозга, главным образом относящихся к лобным отделам коры больших полушарий, которые обеспечивают осуществление сознательных актов человеческого поведения и деятельности. По-видимому, в одних случаях преобладает механизм задержки темпа развития этих систем, в других - механизмы негрубого органического повреждения мозга, с выпадением структурных и функциональных элементов, необходимых для осуществления более высокого уровня интеллектуальных процессов. Классификация ЗПР (ПИН) Г. Е. Сухарева выделяла формы ЗПР, связанные с : 1. Неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения 2. Длительными астеническими состояниями, обусловленными соматическими заболеваниями 3. Различными формами инфантилизма 4. Поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма 5. Резидуальными состояниями, отдельными последствиями инфекций и травм ЦНС К. С. *Лебединский выделял*:

1. Конституционально- генетические варианты происхождения. Неосложненный психический или психофизический инфантилизм по типу психической неустойчивости, эмоционально - волевая сфера ребёнка как бы находится на более ранней возрастной ступени

2. Соматогенные Психическое развитие детей тормозится главным образом стойкой астенией, резко снижается общий и психический тонус. Это приводит к задержке эмоционального развития - соматогенному инфантилизму с неврозоподобными чертами : неуверенность, робость, астеническая капризность. Этому способствуют явления гиперопеки, в которых нередко воспитывается соматически нездоровый ребёнок.

3. Психогенные связаны с воздействием неблагоприятных социальных факторов, затрудняющих как интеллектуальное, так и эмоциональное развитие.

4. Церебральные занимают основное место среди вариантов данной аномалии развития, как в отношении частоты, так и выраженности отклонений в эмоционально-волевой и познавательной сферах.

В. В. Ковалёв предложил наиболее полную классификацию пограничных состояний интеллектуальной недостаточности.

1. Дизонтогенетические формы, обусловленные механизмами задержанного или искаженного психического развития пограничной интеллектуальной недостаточности, при которых в клинической картине преобладает незрелость мозговых структур. 1.1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях инфантилизма. 1.2. Интеллектуальная недостаточность при (ЗПР) задержках в развитии отдельных компонентов психической деятельности - парциальных задержках возрастного созревания отдельных компонентов познавательной деятельности - расстройствах психологического развития (F80-89), в том числе: а) при специфических расстройствах развития речи (F80.0-80.3); б) при отставании развития школьных навыков (F81) (чтения, письма, счета); в) при отставании развития психомоторики, двигательных функций (F82).

1.3. Интеллектуальная недостаточность при искаженном психическом развитии, общие расстройства развития (F84.0-84.5), в том числе: F84.0 Ранний детский аутизм (аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера); F84.1 Атипичный аутизм (атипичный детский психоз, умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами); F84.2 Синдром Ретта; F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями; F84.5 Синдром Аспергера (аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста); 1.4. Интеллектуальная недостаточность при поведенческих и эмоциональных расстройствах, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-98.6), в том числе: расстройства поведения (F91), эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (F93-93.3), расстройства социального функционирования с началом, специфичным для детского и подросткового возраста (F94), неорганический энурез (F98.0), неорганический энкопрез (F98.1), расстройства питания в младенчестве и детстве (F98.2), поедание несъедобного (пика) в младенчестве и детстве (F98.3); заикание (F98.5) и др. 2. Энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза. 2.1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков. 2.2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций. 2.3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах (ДЦП). 2.4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии). 2.5. Интеллектуальная недостаточность при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах (F40 — F48). 2.6. Других органических поражениях мозга. 3. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (слуха, зрения) и обусловленная сенсорной депривацией. 3.1. Врожденная или рано приобретенная глухота либо тугоухость. 3.2. Слепота, возникшая в раннем детстве. 4. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность). Клинические проявления ЗПР 1. Недостаточность динамической организации психических функций (нарушение тонуса, устойчивости и подвижности) 2. Парциальная недостаточность отдельных корковых функций ( гнозиса, праксиса, речи и др.)

3. Недостаточность регуляторных процессов, обеспечивающих инициирование, программирование и контроль. Это приводит к таким отклонениям в сфере вербального и невербального интеллекта, как нарушения концентрации внимания и работоспособности, повышенной истощаемости, затруднениям в планировании, прогнозировании, организации и управлении деятельностью и поступками,замедленному и недостаточно точному восприятию, затруднениям в ориентации в заданиях, слабости кратковременной и долговременной памяти, нарушениям школьных навыков (дислексии, дисграфии, дискалькулии и др.) Личная сфера отличается особенностями, свойственными детям более младшего возраста: незрелость мотивации, нестойкость интересов, доминирование интересов игрового плана, лёгкая пресыщаемость, сложности самоконтроля. Эмоциональная сфера: n Незрелость n Эмоциональная неустойчивость n Сложность в произвольной регуляции эмоций n Повышенная ранимость Различия между ЗПР и УО 1. Наличие абстрактного и логического интеллекта, способность к обобщениям на должном уровне, которая у детей с ЗПР в отличие от страдающих умственной отсталостью присутствует, хотя и несколько отстаёт от нормы по срокам становления. 2. Обучаемость - способность усваивать новые планы деятельности. 3. Отставание от возрастных норм более чем на три возрастных диапазона

4. ЗПР частичность и неравномерность интеллектуальной и личностной незрелости, для олигофрений - тотальность. 5. Для ЗПР характерна обратимость и достаточно высокий темп компенсации отставания в развитии - к окончанию пубертатного периода большая часть детей с ЗПР (80%) догоняет сверстников. Лечение ЗПР Основная группа средств: ноотропы и им подобные препараты (ноотропил, когитум, пантогам, фенибут и др.). Эти лекарства активизируют интеллектуальные процессы как на уровне улучшения состояния предпосылок интеллекта (внимания, памяти, работоспособности), так и на уровне собственно мыслительных операций. Назначение таких средств наиболее целесообразно тогда, когда ребёнок параллельно получает психокоррекционную помощь или обучается.