**Психология детей с ЗПР**

**Системно функциональная организация мозговой деятельности.**

Несмотря на то, что каждая функциональная система и её звенья имеют собственные программы развития, мозг во все периоды жизни работает как единое целое. Эта интегративность предполагает взаимную обусловленность систем. Отсюда вытекает исследование механизмов установления межсистемных связей. Мозг остаётся единым в своей деятельности, но на каждом этапе это уже другой мозг, и другой уровень межсистемных взаимодействий, поэтому даже действительные знания хронологии развития отдельных функциональных систем не позволяет оценить общий уровень развития на каждом конкретном этапе жизненного пути.

Представление о системно – функциональной дискретности мозга должны быть усовершенствованы пониманием межсистемной ансамблевой деятельности. Изучение развивающегося мозга, особенно в 1й год жизни, имеет сходное появление новых форм реагирования, сопровождается угасанием, редукцией первичных автоматизмов новорожденного. При этом оба процесса обновления и редукции должны быть строго сбалансированы. Преждевременное угасание 1ых автоматизмов лишает функции прочного фундамента, так как при развитии мозга принцип преемственности обязателен.

В то же время слишком поздняя редукция устаревших форм реагирования мешает образованию новых, более сложных реакций. Нервная система застревает на каком – либо уравне развития и необходимы специальные условия чтобы процесс развития продолжался в гармоничном состоянии. В норме на фоне угасания примитивной функции развивается более совершенная.

Задержка угасания приводит:

1. Либо к запаздыванию созревания высшего уровня организации
2. Длительно сохраняясь, примитивная функция нарастает и препятствует более совершенной.
3. На фоне нормального развития конечные функции можно отметить признаки задержки угасания примитивной

Важная роль процессов редукции и обновления выступает в двигательном развитии детей 1ого года жизни. У новорожденных имеются первичные позатонические автоматизмы, влияющие на мышечный тонус в зависимости от положения головы в пространстве. К концу 2 – началу 3 месяца жизни эти автоматизмы должны угасать, уступая новым формам регуляции мышечного тонуса связанными со способностью ребёнка удержать голову. Если этого участия не происходит, данные позатонические автоматизмы становятся аномальными, так как они препятствуют удержанию головы и далее формируется цепочка патологических явлений:

* Невозможность удержать голову нарушит развитие зрительного анализатора и вестибулярного аппарата;
* Из – за того, что не происходит развитие вестибулярного аппарата не вырабатывается способность к распределению тонуса мышц, обеспечивающих акт сидения.

В итоге искажается вся схема двигательного развития. Сбалансированность процессов редукции и обновления, не сводится только к тому, что бы одни функции во время уступали место другим. Редукция не означает полного исчезновения автоматизмов, а подразумевает их включение в более сложные функциональные ансамбли, поэтому если опережающее обеспечение нового функционального ансамбля достаточно основательно то первичный автоматизм, хотя и не редуцирующийся полностью, всё же не нарушает общей схемы развития. Иная картина наблюдается, когда запаздывание редукций сочетается с замедленным формированием новых редукций, при этом возникают новые возможности для ненормативной гипертрофии архаических автоматизмов, для застревания на каких – то отживших способах реагирования и искажённого регулирования функций. Наряду с гитерохронностью развития отдельных функциональных систем и их звеньев необходима определённая синхронность в их взаимодействиях. На каждом возрастном этапе отдельные системы должны находиться в определённой степени зрелости. Различия д.б. на данный момени достаточно согласованы, иначе не произойдёт полноценного слияния систем в единый ансамбль.

**Критические периоды развития мозга.**

Критические периоды имеют специфические особенности. Из– за чрезмерной ранимости нервной системы повышен риск возникновения её дисфункций.

Наиболее ответственный первый возрастной кризис- первые 2 – 3 года жизни. Роды так же являются кризисом. Это первый мощный стресс, отражающийся на функциях всего организма и нервной системы. Роды – ответственный момент для всего последующего развития. В период новорожденности происходит приспособление организма новорожденного к новым условиям существования.

На 1ом году закладываются основы психической деятельности, идёт подготовка к самостоятельному хождению, и овладеванию речью. Ощущения и восприятие различных раздражителей, контакт с окружающим миром – играют важную роль в развитии ребёнка. Существует точка зрения, что в этот период происходит первичное обучение, в это время формируются некоторые ансамбли, которые служат фундаментом для формирования более сложных форм обучения.

Период первичного обучения является в известном смысле критическим. Если ребёнок не получает на этом этапе достаточного количества информации, то заметно утрудняется дальнейшее усвоение навыков, однако это н е означает что нужно форсировать психическое развитие ребёнка. Этап овладения хождением раскрывает перед ребёнком гораздо больше пространства окружающей среды. В результате существенно обогащаются его зрительные. Осязательные и другие ощущения и восприятия. Во время передвижения он овладевает чувством 3х – мерности пространства. На этом этапе моторное развитие закономерно связанно с интеллектуальным, чем увереннее передвигается ребёнок, тем у него лучше развиваются психические функции. Непосредственный контакт с мамой и другими членами семьи, окружёнными предметами стимулирует и формирование чувства «Я». До 2-2,5 лет ребёнок как правило общителен и дружелюбен, легко вступает в контакт с незнакомыми, в промежутке от 2 до 4 лет поведение меняется- значительное увеличение роста, сопровождается некоторым рассогласованием нейроэндокринной и сосудистой регуляции. В психологическом плане в этот период наблюдается достаточно выраженное чувство «Я». У ребёнка уже овладевшего фразовой речью и имеющего определённый жизненный опыт отмечается выраженное тяготение к самостоятельности, что сопровождается фоном упрямства. В 5-7 лет ребёнок вступает в новый ответственный период, условно называется дошкольный кризис. В этом возрасте хорошо развиты моторика и речь, ребёнок умеет анализировать ситуации, чувствует психологическую дистанцию при общении со взрослыми, нет достаточной самокритики и самоконтроля, но выработана способность к зрительному сосредоточению в деятельности преобладают игровые моменты.

При поступлении в школу у ребёнка могут возникать различные отклонения в связи с недостаточной психологической готовностью к систематическим занятиям. У некоторых детей ослаблена способность концентрации внимания на выполнении предложенного задания, или труда, оставаться спокойным и внимательным на протяжении урока. На первых парах это может напоминать картину умственной недостаточности, слабой сообразительности и сниженной памятью. Для определения характера подобных явлений необходимо провести тщательное неврологическое обследование. В том случае если к ребёнку предъявляются повышенные требования, могут происходить срывы нервной деятельности. Результатом может быть развитие неврозов.

В раннем дошкольном возрасте впервые могут проявляться психопатологические состояния, корни которых уходят в раннее детство. В возрасте 12 – 16 лет подросток вступает в пубертатный критический период. В этом возрасте происходит бурный рост подростка, моторика становится неловкой, резкой и порывистой. Происходит гормональное изменение, связанное с половым созреванием. Напористость, раздражительность, самоуверенность - становятся характерными чертами. В этом возрасте решаются сложные физиологические и психологические проблемы развития, гормональные изменения, сепарация от родителей. У 15 – 17 летних тинэйджеров (граница размыта) начинается фаза выхода из периода противостояния. Это последние фазы, из которых подросток выходит с синтезированным мировоззрением, нормами и правилами как собственными, так и принятыми от родителей. Взаимоотношения с окружением вступают в нормальное русло. Нежелательные явления оказывается особенно ярко выраженными у подростков, которые имеют нарушения ЦНС. Возрастные кризисы сопровождаются сложными эндокринными изменениями. В том случае. Если у ребёнка имеет место заболевание Н.С., изменения могут приводить к нарушению психического развития. Кроме того под влиянием нейроэндокринных изменений у больных детей могут возникать асинхронии(задержка или опережение развития тех или иных функциональных систем). Такие асинхронии часто наиболее выражено проявляются в периоды возрастных кризисов. Педагог должен знать возрастные особенности детей, и по возможности, предупреждать нежелательные явления, возникающие во время критических периодов развития. Если во время таких кризисов у ребёнка обостряется или выявляется, то или иное отклонение в развитии надо осуществлять систему определения медицинских и коррекционных воспитательных воздействий. Есть основание полагать, что к 18 – 20 годам формирование Н.С. в общих чертах завершается, так напрямую картина электронной активности коры головного мозга у восемнадцати летних т старше примерно идентична. Анализ критичных периодов позволяет лучше понять сущность многих отклонений, с которыми встречается клиническая практика.

Эволюционно- динамические подходы к разнообразным поражениям Н.С показывают что часто такие поражения представляют собой не поломку уже готового механизма, а задержку или искажение развития, как будто из первичной заготовки вытачивается лишь приближённая к желаемому образцу. Стандартизации и нормы здесь нет.

Желаемый образец развития это индивидуальный вариант, который удовлетворяет хотя бы минимальные требования основанных на среднестатистических показателях.

Важно не только определить уродство развития, но и дать дальнейший прогноз. Наблюдение показывает, что на ряду со среднестатистической планомерновосходящей кривой нормального развития существуют варианты временного отстования с резкими последующими скачками вверх или наоборот, заметное первичное превышение средних нормативов сменяется почти полной остановкой или явной тенденцией к замедлению темпов.

Наибольшее внимание в школе привлекают неуспевающие ученики. Большинство из них с ЗПР или ММД.

**Развитие нервно-психических функций в условиях патологий.**

Уточнению характера патологического процесса помогают:

1. ЭЭГ
2. Эхо – энцефалография
3. Электромиография
4. Рентгенография черепа
5. Компьютерная томография
6. Исследование вызванных потенциалов мозга

Используются нейропсихологические, рентгеноконтрасные, биохимические, иммунологические, и цитогенетические методы исследования. Многие заболевания Н.С. возникают вследствие неблагоприятных факторов во внутриутробных периодах развития, или в раннем детстве. Причинами патологии Н.С. плода и ребёнка раннего возраста могут быть инфекции, физические факторы (ионизирующая радиация, высокочастотные токи, повышенная вибрация и прочее), химические вещества, заболевания матери, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору. Мозг наиболее чувствителен к различным неблагоприятным воздействиям. Эти воздействия на 3 – 10 недели развития плода могут быть причиной формирования таких грубых пороков формирования Н.С. как анецефалия (отсутствие больших полушарий головного мозга), гидроэнцефалия (водянка головного мозга). Эти неблагоприятные воздействия могут приводить к гибели плода или рождению нежизнеспособного новорожденного. Если нарушения наступают на более позднем этапе развития, выраженность дефектов варьирует: от грубого нарушения функции или её полного отсутствия до лёгкой задержки темпов развития.

Невротические заболевания у детей раннего возраста могут приводить к аномальному развитию функций. Речь идёт об искажении программы развития. Каждая функция проходит определённые стадии меду которыми существует закономерная преемственность. Многие заболевания, протекающие с нарушением зрения, слуха, отставанием в нервно-психическом развитии проявляются не сразу после рождения ребёнка. Они характеризуются длительным скрытым течением с последующей клинической манифестацией на определённом этапе онтогенеза. В случаях, когда эти заболевания обусловлены генными мутациями для их лечения кроме средств корригирующих и стимулирующих нормальное развитие функций необходимо возмещение недостающих продуктов обмена веществ. Кроме органических заболеваний Н.С., то есть протекающих с изменениями в структуре мозга, у детей могут наблюдаться изменения обусловленные вариациями темпа созревания функциональных систем. В определённые периоды онтогенеза направление во временной миелинизации и в периоды возрастных кризисов неравномерность темпов развития и созревания морфофункциональных систем значительно возрастает.

Излишняя эксплуатация познавательных способностей ребёнка может приводить к истощению внутренних ресурсов Н.С.. Становление функций может как замедлять так и опережать сроки развития. В каждом отдельном случае важно установить причину дефекта:

1. Связано ли это с первичным поражением Н.С.
2. Является ли результатом других заболеваний.
3. Является ли это результатом педагогической запущенности.

Педагогическая запущенность – недостаточность целенаправленного развития функции педагогического воздействия в целом. Педагогическая запущенность развивается на определённых этапах, а именно, а именно в период интенсивного развития речи. Пребывание ребёнка в неречевой среде, малое общение с матерью могут привести к задержке развития речи. Недостаточность зрительных, слуховых, эмоциональных и других раздражителей, информационный голод приводит к ЗПР, так что при обследовании необходимо обращать внимание на окружающую среду.

**Клинические варианты детей с временной задержкой развития.**

1. Психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально- волевой сферы.
2. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности
3. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности осложнённый нейродинамическими нарушениями.
4. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности осложненный недоразвитием речевой функции.

**Сравнительная характеристика детей с ЗПР и детей олигофренов.**

1. ЗПР возникает в связи с экзогенными воздействиями, однако действие этих факторов приводит лишь к нарушению темпа развития детей, что подтверждается обратимостью симптомов. Полная обратимость симптомов наступает лишь в случае обучения и при проведении воспитательно-обучающей работы. При олигофрении основными этиологическими факторами является внутриутробное и ранние постнатальные поражения ЦНС. Некоторый удельный вес имеют хромосомные заболевания и наследственные заболевания ЦНС, приводящие к слабоумию.
2. При нарушении темпа развития аномалия определяется как задержка развития в онтогенезе наиболее молодых отделов ЦНС При олигофрении основным патогенетическим фактором является диффузное поражение коры головного мозга. При лёгких степенях олигофрении речь идёт о диффузном, но относительно поверхностном, поражении коры Б.П..
3. Высшая нервная деятельность детей с ЗПР количественно отличается от детей с олигофренией: большей подвижностью и менее выраженной склонностью процессов возбуждения к широкой иррадиации. Качественные отличия: более тесное взаимодействие первой и второй сигнальной системы и отсутствие разрыва между ними. У детей с временной задержкой развития не возможна выработка связей без их адекватной вербализации, так как словесная система непрерывно контролирует выработку этих связей. Внешне выработка сложных дифференциаций идёт медленно, но качественно она более полноценна. Дети с ЗПР учитываю вероятность появления дифференциального сигнала, что свидетельствует об участии в этой выборке высших форм анализа. У детей олигофренов в силу недоразвития словесной системы и инертностей старых словесных связей, выработка связей без их словесной вербации возможна, так как имеется разрыв между первой и второй сигнальной системами.
4. Установление различия между олигофренией и временной задержкой развития в отношении этиологии, патогенеза и патофизиологии обусловленность развития и в клинической картине. Дети с временной задержкой развития отличаются малым ростом и весом, они напоминают по виду детей дошкольного возраста. Физическое развитие детей олигофренов характеризуется диспластичностью, особенно в отношении формы черепа. При неврологическом исследовании у детей с ЗПР в 40% не обнаружено патологических проявлений. У детей олигофренов в 100% имеется невротическая симптоматика. Моторика у детей с ЗПР достигает достаточного уровня, движения координированы, отличаются ловкостью и чёткостью. У детей олигофренов недоразвита моторика в целом.
5. Речевая деятельность. У детей олигофренов недоразвитие речевой функции, плохо усваивают косноязычные слова. У детей с ЗПР не отмечается недоразвитие речевой функции. Игровая деятельность у детей с ЗПР в отличие от олигофренов, носит продуктивный характер.
6. Различается внутренняя сущность этих внешне сходных состояний, обусловленная разным патогенезом. При олигофрении имеются Структурно – диффузные изменения в коре полушарий головного мозга, в силу чего и в процессе компенсации не возникает полной обратимости симптомов. При ЗПР имеет место лишь нарушение темпов созревания той или иной системы. По видимому, наибольшую роль при временной задержке играет замедленный темп созревания лобной области и её связям с другими областями коры и подкорки. Незрелость коры влечёт за собой снижение критики, недоучёт школьной ситуации, отсутствие выраженного отношения к оценке, незрелость моторики и прочее. Одним из определяющих симптомов у детей с ЗПР является недоразвитие эмоционально– волевой сферы.
7. Симптомы ЗПР очень резко проявляются в школьный период. Когда перед ребёнком ставятся задачи требующие сложной и опосредованной деятельности.

**Систематика ЗПР**

Типы ЗПР дифференцированы по этиопатогенетическому принципу:

1. ЗПР конституционного происхождения;
2. ЗПР соматогенного происхождения
3. ЗПР психогенного происхождения
4. ЗПР церебрально- органического происхождения.

Каждый из этих типов имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушение познавательной деятельности, нередко осложнённую рядом болезненных признаков соматических, энцифалопатических, невротических. Представленные клинические типы отличаются друг от друга особенностью структуры и характером соотношения 2х основных компонентов этой аномалии развития.

* Структура инфантилизма
* Характеристика нейродинамических расстройств.

В замедленном темпе формирования познавательной деятельности с инфантилизмом связанна недостаточность интеллектуальной мотивации и произвольности, а с нейродинамической расстройствами тонус и подвижности психических процессов.

1. ЗПР конституционного типа. Несложный психический и психофизический инфанттелизм по классификации Певзнер и Власовой, при которой эмоционально – волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, даже напоминает нормальную структуру эмоционального уровня детей, только более младшего возраста. При этом характерно преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, эмоции поверхностные и не стойкие. Лёгкая внушаемость. Певзнер и Власова связывают затруднения в обучении в младших классах. С незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладание игровых интересов. Гармонический инфантилизм является как бы ядерной формой психического инфантилизма, при этом черты эмоционально-волевой незрелости сочетаются с инфантильным типом телосложения. Такая гармоничность психофизического облика, частота семейных случаем при непатологичности психических особенностей позволяет полагать преимущественно врождённо конструктивную этиологию этого типа инфантилизма. Также это может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами, внутриутробного или на первых годах жизни, тогда это экзогенные формы происхождения.
2. ЗПР соматогенного происхождения. Обусловлено хроническими инфекциями, аллергическими состояниями, врождёнными и приобретенными пороками развития соматогенной сферы, в первую очередь сердца. В этом случае выражена стойкая астения, которая снижает и общий психический тонус при этом возможна задержка эмоционального развития, Соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений,- неуверенностью, боязливостью, капризностью связанными с ощущением своей неполноценности, это может быть так же спровоцировано диктаторскими ограничениями со стороны родительских фигур, так же ослабленностью и болезненностью ребёнка.
3. ЗПР психогенного происхождения – связанно с неблагоприятным условием воспитания.
4. ЗПР церебрально-органического происхождения – связано с церебрально-органической недостаточностью.

**Роль средового фактора в формировании ЗПР**

1. Неврозоподобные явления. Эти состояния связанны с церебростеничной почвой: тревожность, боязливость, склонность к страхам, навязчивые гиперкинезы, тикозного происхождения, чаще навязчивые движения в мышцах нижней половины лица, шеи, плеч, Неврозоподобные заикания, Неврозоподобный энурез, синдром психологической возбудимости, аффективная и общая двигательная расторможенность, отвлечённость и суетливость.
2. Аффективные нарушения: немотивированные колебания настроения. Дисфорические состояния (пониженное настроение с озлобою, недоверчивостью, и склонностью к агрессивным разрядам).
3. Двигательные расстройства: расторможенность, либо гиподинамия, вегетативная дистония повышенная чувствительность к шуму, свету, жаре, духоте, нарушения аппетита и сна, неприятные ощущения в разных частях тела.
4. Психопатоподобные нарушения: сочетание двигательной расторможенности, аффективной неустойчивости, снижение интереса к интеллектуальной деятельности с отрицательным отношением к учёбе, иногда расторможенности влечений(склонность к побегам, воровству, лживости, онанизму и др.)
5. Эпилептиформные нарушения: различные в иды судорожных припадков и других нервно-психических пароксизмов.
6. Апатико-динамические расстройства: Снижения инициативы и побуждения в интеллектуальной деятельности, двигательная заторможенность.

Выраженная церебральная астения, аффективная двигательная возбудимость и психопатоподобное поведение снижающая интеллектуальную работоспособность и целенаправленность усугубляет недостаточность познавательной деятельности. Всё это провоцирует возникновение стойких форм неуспеваемости и ЗПР. В развитии более стойких церебрально-органических форм играют роль как боле грубые нейродинамические расстройства, инертность психических процессов, их медлительность, недостаточная переключаемость, так и более выраженные энцифалопатические нарушения(Психопатоподобные, эпилептиформные, апатико-адинамические)

**Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности.**

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма. **Гармонический инфантилизм** (Сухова). При этой форме психическая незрелость охватывает все сферы деятельности ребёнка, в том числе интеллектуальную, при этом преобладают черты эмоционально-волевой незрелости. Это выражается в свойственной детям младшего возраста, повышенной эмоциональной живости, неуставаемости, непосредственности, беспечности беззаботности, преобладает мотив получения непосредственного удовольствия. Чрезмерная доверчивость и внушаемость. Эти дети неугомонны, с живым воображением и жизнерадостностью. При этом в интеллектуальной деятельности преобладает влияние эмоций, слабо развиты интеллектуальные интересы, преобладают игровые. Активное внимание отличается повышенной неустойчивостью и истощенностью, пресыщению. Дети неспособны к занятиям требующим усилия, не могут организовать свою деятельность и подчинить её требованиям школы, возникает феномен школьной незрелости. Он выявляется с начала школьного обучения. Хотя у большинства детей интеллектуальная недостаточность имеет вторичный характер, который определяется отставанием созревания компонентов формирования личности, особенности их мышления сближаются с особенностями мышления детей страдающих олигофренией. К этому относится преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим(Выгодский), Склонность к подражательному виду деятельности при выполнении интеллектуальных заданий(Егорова), недостаток целенаправленной психической деятельности, слабость логической памяти. Структура и динамика интеллектуальной недостаточности отличается от таковой при ядерной умственной отсталости. У детей с психическим инфантилизмом активны игровая и творческая деятельность, их интеллектуальные привязанности более дифференцированы. У этих детей выявлена относительно сохранная зона ближнего развития, их интеллектуальные возможности превышают таковые у 40% детей, особенно на уровне абстрактного мышления. Они способны переносить, усвоенное на новый материал, продуктивность самостоятельной деятельности более высокая. Соматичный статус обнаруживает признаки незрелости, задержки в росте, грациальное телосложение, свойственное детям более младшего возраста, отсутствуют черты грубой диспластичности, аномалии развития отдельных систем и органов. Динамика состояния компенсируется. Наиболее заметные положительные сдвиги наблюдаются к 10 летнему возрасту. Интеллектуальная недостаточность при простом психическом инфантилизме не глубока. Имеет вторичный характер.
2. Осложнённый психический инфантилизм. Встречается чаще, чем неосложненный. При этом имеет место сочетание психического инфантилизма с психопатологическими проявлениями. Варианты наиболее трудные для дифференцировки: **1)** органичный инфантилизм – происходит сочетание с психоорганическим синдромом. Возникает из за ранних органических повреждений головного мозга. Представляет собой промежуточную форму патологии между дизонтогенетическими и энцифалопатическими вариантами органической недостаточности. **Клиническая картина.** Признаки незрелости эмоционально волевой сферы, детскость. Непосредственность поведения, наивность, повышенная внушаемость преобладание игровых интересов, трудности волевого усилия. Качество инфантилизма иное. У детей отсутствует эмоциональная живость и яркость эмоций. Они эйфоричны, благодушны и расторможены, иногда встречается психопатоподобное поведение. Игры эмоционально бедны, Эмоциональные привязанности неглубокие. Низкий уровень притязания, малая заинтересованность в оценке действий, грубая внушаемость с элементами некритичноси. Встречаются дисплазии органов и систем. У этих деьей менее выражена способность к использованию помощи, интеллектуальная деятельность характеризуется: инертностью, тугоподвижностью, плохой переключаемостью, недостаточность внимания, памяти, психической работоспособности. В органическом инфантилизме особенностями эмоционально волевой сферы выделяют неустойчивый и тормозимый типы. Первый расторможен, с преобладанием эйфории. Импульсивности, создаётся впечатление детской непосредственности. У второго боязливость. Нерешительность, пониженное настроение. Динамика – менее благоприятная, с возрастом интеллектуальная недостаточность нарастает, усиливаются психопатоподобные нарушения, колебания настроения и патология влечения. Эти дети нуждаются в специальных условиях обучения. К осложнённому инфантилизму относится церебрально-астенический вариант. При нём психический инфантилизм сочетается с церебро-астеническим синдромом, который проявляется симптомами раздражительности, слабости, выражается в повышении возбудимости с истощением, капризностью и соматовегетативными нарушениями(расстройство сна, аппетита). В новой, незнакомой обстановке повышенная тормозимость. ДИНАМИКА – относительно благоприятна, в среднем к 10 годам.

Невротический вариант инфантилизма близок к цереброастеническому. В структуре личности на ряду эмоционально-волевой незрелостью выражены астенические радикалы, свойственные невропатиям. Повышенная тормозимость, робость. Пугливость, впечатлительность, несамостоятельность, чрезмерная привязанность к матери, неумение постоять за себя, трудности адаптации в детском учреждении. Катамнез. При неблагоприятных условиях воспитания обнаруживается тенденция к закреплению астенических черт характера в двух вариантах:

1. Как патохарактерологическое формирование личности
2. Становление астеничной психопатии.

Интеллектуальные нарушения компенсируются при эндокринных вариантах психического инфантилизма. Клиническая картина определяется эндокринным психосиндромом.

**Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности.**

В этой группе интеллектуальная недостаточность неразрывно связанна с порциальными нарушениями темпа созревания отдельных нейрофизиологических систем: Мозговых механизмов речи, психомоторики, механизмов определяющих выработку школьных навыков. Запаздывают в своём созревании чаще всего функции или их компоненты, которые в процессе онтогенеза возникают в более позднем периоде и формирование которых находится в тесной зависимости от воспитания и обучения. Особенно недостаточность выражена в тех сторонах познавательной деятельности, которые связанны с задержкой, в своём развитие, функциями. Это существенно отличается от более равномерного психического дефекта с выступающей на первый план слабостью мышления при олигофрении. Важно учитывать выраженную тенденцию к сглаживанию порциальных задержек психического развития параллельно созревающие речевые функции, психомоторики, пространственного синтеза и т.д..

При порциальных задержках речевого развития, в отличие от общих форм речевого недоразвития(алалии), несформированными в нормальные возрастные сроки оказываются отдельные компоненты речевой функции, синтез и анализ. Даже при лёгком недоразвитии этой функции возникают серьёзные затруднения при овладении грамотой. У таких детей отмечаются нарушения в различие близких фонем, звонких и глухих согласных: «Б» - «П», «Д» - «Т», «г» - «К», свистящих и шипящих: «З» - «С», «Ж» - «Ш» ошибки при сочетании нескольких согласных. Это влечёт затруднение в понимании речи окружающих, невозможность чтения и письма, ошибки при письме под диктовку. При этом успеваемость по другим предметам удовлетворительная. Имеется достаточный уровень обобщения, сохранная работоспособность, формируется отсутствие интереса к изучению родного языка, нежелание читать и пересказывать. У таких детей страдает вербальное мышление, а с заданиями, связанными с предметно-практической и манипуляторной деятельностью они успешно справляются.

Задержка формирования речевого праксиса при сохранности физического и фонематического слуха. Эта функция тесно связанна с нарушением созревания теменных и приматорных отделов головного мозга (коры доминантного полушария). В устной речи наблюдается нечёткость произношения, смешение звуков, близких по способу произнесения, но разных по месту артикуляции. Нечёткость произношения связанна у них с недостаточностью кинестетических ощущений. При формировании письма и чтения у таких детей выражено проговаривание вслух что облегчает кинестетический компонент. В этих случаях расстройство чтения и письма имеет вторичный характер и обусловлено расстройствами речи.

Дети с порциальными расстройствами навыков чтения, письма, счёта, при отсутствии признаков нарушения речевого развития. Эти расстройства возникают в процессе обучения и связаны с запаздыванием с запаздыванием и функциональной слабостью соответствующих корковых механизмов. Эти нарушения имеют негрубый характер и подвергаются коррекции. Проявляются в неузнавании или смешении отдельных цифр, плохой распознаваемости арифметических знаков, замедленном усвоение чисел, При этом сохраняется удовлетворительная способность к логическому мышлению. В школьном возрасте могут встречаться симптомы порционального моторного инфантилизма. Они описываются как «моторная дебильность» (Дюпре) и «Моторный инфантилизм» (Гомбургера).

Особенности задержанного моторного развития связанные с незрелостью пирамидных и лобных систем. В этом случае у детей преобладает избыточность движений, непринуждённость изобразительной и игровой моторики. Такой ребёнок может ходить во время урока. У них выражена недостаточность в целенаправленных видах деятельности, плохая координированность движений, ослабленная способность воспринимать и воспроизводить ритмы, нарушения в пространственной организации движений. Указанные расстройства моторики могут лежать в основе замедленного и неполноценного формирования социальных и учебных навыков и обусловливать школьную неуспеваемость. Дети испытывают затруднения в овладении навыками самообслуживания, в обучении навыкам письма, почерк отличается некоординированностью, неравномерностью, неправильной пространственной ориентацией отдельных букв. Пишут медленно. Значительные затруднения возникают в процессе рисования, лепки, вырезания и других видов деятельности требующей умелости рук, чёткости, тонкости и диффиренцированности движений. На уроках физкультуры неловки, медлительны или суетливы. Испытывают трудности в исполнении упражнений по словесной инструкции. При относительно сохранном интеллекте такие ученики могут стать неуспевающими из- за расторможенности, неусидчивости, суетливости или медлительности, неспособности овладеть необходимыми школьными навыками.

**Искажённое психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью(Вариант синдрома РДА).**

Выявляются обычно с начала школьного обучения. В основе лежит не столько недоразвитие познавательной деятельности, сколько особенность личности, речи, моторики, недостаточная потребность в контакте с окружающими, низкая речевая активность, незрелость общей и тонкой моторики, нарушена целенаправленность и недостаточность активного внимания. Дополнительным затруднением является недостаточная сформированность высших корковых функций(пространственный синтез праксис). В развитии этих специфичных функций большое значение имеют активный сенсорный и практический опыт и тренировка. Слабость активного внимания и реакции на окружение, у таких детей затрудняет выработку и автоматизацию этих функций, как следствие снижается возможность усвоение таких школьных навыков как чтение, письмо, счёт. У них низкие показатели выделения последовательности событий, пространственных отношений, способность к переключению внимания, синтеза на предметном уровне. Показатели вербально-интеллектуальных функций неравномерны. Интеллектуальные способности зависят от клинической картина РДА, его этиологии и патогенеза Диагноз основывается на структурном анализе всей клинической картины и главным образом на особенности деятельности и поведении больного. Для детей с РДА характерно: выраженная дистанция между уровнем развития способности к обобщению и продуктивности деятельности, за счёт сохранной памяти у них может быть значительно больший запас знаний чем тот который они используют. У детей наблюдается диспропорция между возможностью речевого обобщения и отсутствием речевого контакта, диспропорция между активным и пассивным словарём. Диагностические игры имеют однообразный стереотипный характер, отличающийся от детей олигофренов недостаточностью эмоционального компонента и выраженным отрывом от реальности. В более лёгких случаях отмечается неравномерность достижений и ответов. Динамика и прогноз зависят от характера и динамики заболевания, менее благоприятны формы, являющиеся возвратным этапом шизофренического процесса, более благоприятны варианты шизоидных психопатий.

**Энцифалопатические формы пограничных состояний интеллектуальной недостаточности.**