**Особенности развития детей с умственной отсталостью, с задержкой психического развития и со сложными дефектами развития**

**Дети с умственной отсталостью**

Умственная отсталость - стойкое нарушение познавательной деятельности, вследствие органического поражения коры головного мозга. Данное понятие объединяет многочисленные и разнообразные формы патологии, характеризующиеся недоразвитием когнитивной сферы, высших психических процессов, различающиеся по этиологии, локализации, патогенезу, клиническим проявлениям, времени возникновения и особенностям течения.

 Причинами умственной отсталости могут выступать пренатальные, натальные и постнатальные эндо- и экзогенные неблагоприятные факторы и воздействия (воспалительные заболевания, интоксикации, ушибы головного мозга, унаследованные генетические аномалии и т.п.). Поэтому, поражение коры головного мозга может иметь место в рамках любого возрастного периода.

 Умственно отсталые дети неоднородны по клинике заболевания. Выделяют детей-олигофренов (если поражение имело место до 2-3 лет) и дементных детей (если поражение - на более поздних стадиях развития).

 **Олигофрения** (от греч. olygos-немного, мало; phren-ум) - это стойкое, необратимое, непрогредиентное нарушение познавательной деятельности, вследствие органического поражения коры головного мозга от момента зачатия до 2-3-х лет. Термин введен в 1915 г. немецким психиатром Крепелином Э., который также впервые начал разрабатывать проблему соотношения утомляемости, работоспособности и психического заболевания (28, 35).

 При олигофрении, нарушается высшая нервная деятельность, особенно подвижность нервных процессов, ослаблено активное внутреннее торможение. Часто наблюдается нарушение равновесия между процессами возбуждения и торможения (с преобладанием одного из них), что приводит к инертности временных связей, возникающих в коре головного мозга, затрудняет выработку новых. Эта физиологическая особенность является основой косности мышления детей-олигофренов. Для них характерно отсутствие нарастания интеллектуального дефекта, тотальное недоразвитие всех нервно-психических функций с преимущественной недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект может сочетаться с нарушениями восприятия, внимания, памяти, речи, эмоциональной сферы, моторики.

Отличительной особенностью детей-олигофренов является неспособность переносить усвоенный в ходе обучения способ действия в новые условия без посторонней помощи. Недостаточно развита способность к установлению и пониманию временных, пространственных и причинно-следственных зависимостей. Эмоционально - волевая сфера характеризуется маловыразительностью, смазанностью сложных эмоциональных проявлений.

 По степени выраженности дефекта различают следующие формы олигофрении: дебильность, имбецильность и идиотию.

 **\*Дебильность** (от лат. debilis-слабый. Термин предложен в сер. XIXв. франц. психиатром Лезажем) **-** это наиболее легкая и встречаемая (по сравнению с имбецильностью и идиотией) степень олигофрении (IQ=50-70. IQ - от англ. IntelligenceQuotient, то есть "интеллектуальный коэффициент" (или "коэффициент интеллектуальности"). Данное понятие введено в 1905г. франц. психологом Бине А. и врачом Симоном Т. с целью более точной характеристики степени умственного развития человека. В настоящее время данный коэффициент определяется на основе тестирования по методике Векслера Д.). Эти дети обучаются в специальных образовательных коррекционных (ранее вспомогательных) школах VIII вида (28).

 При отсутствии отягчающих интеллектуальную недостаточность расстройств, раннем начале педагогических мероприятий коррекционного характера, социокультурный прогноз в отношении детей - дебилов благоприятен. Они овладевают несложной профессией, что помогает им адаптироваться в обществе и вести самостоятельную жизнь. Дебилы могут работать на несложных участках производства, в сфере обслуживания, но предложить что-то новое, внести какое-либо усовершенствование в процессе своего труда они не в состоянии. Иногда у них проявляется способность к рисованию и пению. Большинство таких детей отличается повышенной внушаемостью. Попав под негативное влияние они сравнительно легко могут преступить черту закона, за что несут уголовную ответственность. Умственно отсталые лица рассматриваются как вполне вменяемые, а значит способные осознавать свои поступки и руководить ими.

 **\*Имбецильность**(от лат. imbecillus-незначительный. Термин предложен франц. психиатром Бурневилем Д. в конце XIXв.)является более тяжелой (по сравнению с дебильностью) степенью олигофрении (IQ=20-49), при которой отчетливо выявляются нарушения психофизического развития, могут наблюдаться аномалии в строении черепа. Глубокие нарушения восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики, эмоционально-волевой сферы не позволяют таким детям в большинстве случаев обучаться даже в специальной образовательной коррекционной школе, школе-интернате. Основным типом мыслительной деятельности является наглядно-практический. Словарный запас по сравнению с дебилами резко количественно и качественно ограничен. Они неплохо усваивают названия предметов, которые их окружают, и наиболее употребительные слова и выражения. Почти у всех наблюдаются дефекты речи (шепелявость, косноязычие, заикание и др.). Часть детей-имбецилов может овладеть определенными знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанной для них программы. Эта программа предусматривает элементарное овладение навыками чтения, письма и счета. Дети могут научиться читать побуквенным или слоговым способом, писать свою фамилию, имя, отчество, год рождения, домашний адрес, небольшой текст из 5-6 простых предложений, выполнять арифметические действия сложения и вычитания в пределах 20; действия деления и(или) умножения им не доступны. Программа предусматривает овладение простейшими трудовыми навыками по картонажным видам труда, металлоштамповке, скобяному производству и др. Это позволяет имбецилам успешно работать в специально организованных мастерских при домах-интернатах, школах. По эмоциональному состоянию имбецилов можно разделить на две группы. Одни добродушны и послушны, доминирует хорошее, даже веселое настроение, другие - подавлены, агрессивны и раздражительны. Дети-имбецилы живут и обучаются в домах-интернатах для глубоко отсталых, подведомственных Министерству труда и социального развития. Некоторые дети могут обучаться в специальных классах школ, где применяются интегрированные формы обучения.

 **\*Идиотия**(от лат. idioteia-невежество. Термин предложен франц. психиатром Эскиролем Ж.-Э.-Д. в нач. XIXв.) **-** это наиболее глубокая степень олигофрении (IQ=менее 20), которая характеризуется нарушением психического и физического развития, эндокринными расстройствами, выраженными деформациями в строении черепа и скелета. У многих детей-идиотов отмечаются расстройства стояния и ходьбы, иногда наблюдаются стереотипные ритмические движения. Характерны нарушения моторики (особенно мелкой), координации движений и праксиса, ориентировки в пространстве; часто эти нарушения настолько тяжелы, что вынуждают детей с олигофренией в степени идиотии к лежачему образу жизни. При выраженной форме заболевания дети ведут чисто вегетативный образ жизни, речь может ограничиваться криком или нечленораздельным бормотанием. Осмысление окружающего недоступно, навыки самообслуживания, не формируются.

 При более легких формах идиотии больные произносят отдельные слова или даже фразы. Речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно, возможно искаженное произнесение небольшого количества слов. Перцептивные реакции больных, страдающих идиотией или отсутствуют или резко повышены. В последнем случае, больной реагирует на все раздражители внешнего мира, но его внимание не задерживается ни на одном из них. Эмоциональные реакции связаны только с чувством удовольствия/неудовольствия. Положительные эмоции выражаются визгом или криком, отрицательные - резко выраженным возбуждением с проявлением агрессии как по отношению к себе, так и к окружающим.

 Дети нуждаются в постоянном наблюдении, уходе и направляются (с согласия родителей) в специальные учреждения системы социального обеспечения - детские дома-интернаты для глубоко умственно отсталых. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в специальные интернаты для хроников.

 **Деменция** (от лат. **dementiа** - безумие, слабоумие) - стойкое, как правило, необратимое ослабление интеллектуальной деятельности в сочетании с расстройствами памяти и эмоционально-волевой сферы, в результате органических и воспалительных заболеваний мозга, черепно-мозговых травм (Ч-МТ (28)). Таким образом, деменция возникает вследствие повреждения нормально сформированного мозга (на четвертом году жизни и позже). Приобретенный интеллектуальный дефект в большинстве случаев необратим.

 Условно можно выделить **две формы деменции**:

 1. Деменция резидуально-органического характера (причины: Ч-МТ, менингит, энцефалит) - это непрогредиентные состояния; и

 2. Деменция текущего характера (причины: шизофрения, эпилепсия, сифилис головного мозга) - это заболевания, имеющие прогредиентный характер.

 В отличие от олигофрении деменция имеет место на более поздних стадиях развития (после 2-3-лет) и выступает как поздняя форма умственной отсталости. Поэтому, определенное время дементный ребенок развивается на здоровой основе, что будет способствовать компенсации приобретенного дефекта. Кроме того, если при олигофрении поражение носит тотальный характер, то есть равномерно нарушены все стороны психической деятельности, то при деменции - мозаичный, то есть страдают отдельные зоны коры головного мозга и качества. Если при олигофрении отмечается эволютивная положительная динамика развития, то есть с возрастом состояние улучшается, то при отдельных видах деменции - состояние может ухудшаться, происходит нарастание слабоумия.

 Клиническая картина зависит от возраста ребенка, степени и локализации поражения, характера дефекта. Интеллектуальное нарушение при деменции имеет свою специфику. Дети могут обладать значительным запасом знаний, накопленных в период нормального развития, однако, они почти не способны ими воспользоваться, вследствие нарушений некоторых высших психических процессов: восприятия, внимания, памяти (наиболее страдает кратковременная память), а также умственной работоспособности. При сочетании расстройств памяти и восприятия наблюдается дезориентация в пространстве и времени. В некоторых случаях недостаточность волевого контроля ведет к эмоциональной неустойчивости, что проявляется возбуждением и импульсивным поведением.

По образному выражению франц. психиатра Э.Ш. Ласега (1816-1883гг.) дементные дети - это дети, родившиеся богачами, которые в процессе жизни разорились, растратили свое духовное богатство. Дети-олигофрены, по его мнению, это дети с рождения нищие духом, бедняки от рождения.

Литература:

1. Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. - М., 1997.
2. Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости. Умственно отсталый ребенок / Под ред. Л.С. Выготского и И.И. Данюшевского. - М.: Учпедгиз, 1935. - 390с.
3. Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости // Собр. соч.: В 6 т. - М.: Педагогика, 1983. - Т.5. - 275с.; - Т.3. - 301с.
4. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины ХХ века. - М., 1995.
5. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. - М., 1998.
6. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. - М., 1988.
7. Маллер А.Р. Состояние и тенденции развития обучения и воспитания глубоко умственно отсталых детей // Дефектология. - 1994. - №3.
8. Маллер А.Р. Социально - трудовая адаптация глубоко умственно отсталых детей. - М., 1990.
9. Лебединская К.С. Особенности эмоционально-волевой регуляции при умственной отсталости. - М., 1989. - 225с.
10. Особенности развития и воспитания детей с недостатками слуха и интеллекта / Под ред. Л.П. Носковой. - М., 1984.
11. Основы коррекционной педагогики. Учебно - методическое пособие / Авторы-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. Саратов, 1999. 110 с.
12. Певзнер М.С. Дети-олигофрены. - М.: АПН РСФСР, 1959. - Гл.II - YIII.
13. Петрова В.Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. - М.: Педагогика, 1969. - 231с.
14. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А.Д. Виноградова. - М.: Просвещение, 1985. - 188с.
15. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. - М.: Просвещение, 1986. - Гл.2. - 174с.
16. Соколова Н.Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. - М., 1985.
17. Цикото Г.В. Об интеллектуальном развитии детей - имбецилов // Дефектология. - 1979. - N1.
18. Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Данилова Л.А., Смирнова И.А. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. - СПб.: Образование, 1995. - С.14.
19. Юдилевич Я.Г. Учет индивидуальных особенностей олигофренов-имбецилов в коррекционно - воспитательной работе // Дефектология. - 1983. - N3.

**Дети с задержкой психического развития**

Задержка психического развития (ЗПР) - это нарушение нормального темпа психического развития. Термин "задержка" подчеркивает временной характер нарушения, то есть уровень психофизического развития в целом может не соответствовать паспортному возрасту ребенка (28). Причины ЗПР могут быть различны: дефекты конституции ребенка (гармонический инфантилизм), соматические заболевания, органические поражения ЦНС (минимальная мозговая дисфункция). Отягчающими факторами могут служить неблагоприятные социокультурные условия. Главными причинами ЗПР, по результатам исследований П. Улба, выступают биологические механизмы: патология беременности, ненормальные роды, частые соматические болезни ребенка в первые годы жизни. Данные факторы обусловливают сниженный физический статус детей, их маловыносливость, что не позволяет им своевременно усвоить актуальный для их возраста объем информации. Однако, если объем поступающей информации мал, методы и средства его подачи (образования) неадекватны возможностям ребенка, а окружение продуцирует по отношению к нему стрессогенные ситуации, то причиной ЗПР будут также выступать и социокультурные факторы.

 Все отклонения у таких детей со стороны нервной системы отличаются изменчивостью и диффузностью и носят временный характер. При ЗПР имеет место, в отличии от умственной отсталости, обратимость интеллектуального дефекта. В настоящее время единых принципов систематизации пограничных форм интеллектуальной недостаточности нет. Ряд отечественных исследователей (Власова Т.А., Лебединская К.С., Лубовский В.И., Певзнер М.С.) выделяют две наиболее многочисленные группы детей с ЗПР:

 1. Дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Задержка их развития связана с медленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки;

 2. Дети с функциональными расстройствами психической деятельности (цереброастенические состояния), которые чаще всего являются следствиями черепно-мозговых травм. Для этих детей свойственна слабость основных нервных процессов и их лабильность.

 Особенностью ЗПР является неравномерность (мозаичность) нарушений различных психических функций; при этом, как указывает Е.М. Мастюкова, логическое мышление может быть более сохранным по сравнению с памятью, вниманием и т.д. Неспособность концентрировать внимание на существенных (главных) признаках объектов, избирательное восприятие наблюдаемого являются отличительными особенностями психической деятельности детей с ЗПР. Нарушения психической и недостаточность интегральной деятельности мозга (малое количество образования связей между отдельными перцептивными и моторными функциями), определяют ограниченность и фрагментарность представлений детей об окружающем мире. Кроме того, отсутствует патологическая инертность психических процессов. Такие дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие сходные ситуации. С помощью взрослого дети с ЗПР могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне, хотя и в замедленном темпе. Выраженная познавательная активность при выполнении заданий и в ходе повседневной жизнедеятельности не наблюдается. Отмечается слабость регуляции произвольной деятельности, недостаточная ее целенаправленность, несформированность функций контроля. Дети с ЗПР отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью, они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны резкие колебания настроения, гиперутомляемость. На первый план в развитии таких детей выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик. Это дети с различными формами психофизического инфантилизма (от лат. infantilis - детский, младенческий).

**Литература:**

1. Актуальные проблемы задержки психического развития / Под ред. К.С. Лебединской. - М., 1982.
2. Антипина А.Н. Из опыта работы с детьми, имеющими задержку психического развития // Начальная школа. - 1993. - С.60.
3. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. - М., 1984.
4. Егорова Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. - М., 1973. - 173с.
5. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Минимальная мозговая дисфункция: Науч. обзор. - М., 1980.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985.
7. Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. - М., 1989.
8. Основы коррекционной педагогики. Учебно - методическое пособие / Авторы-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. Саратов, 1999. 110 с.

8. Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой. - М., 1981.

9. Обучение детей с ЗПР: Пособие для учителей / Под ред. В.И. Лубовского. - Смоленск, 1994.

10. Шевченко С.Г. Организация системы коррекционно-развивающего обучения для детей с ЗПР // Дефектология. - 1998. - №5.

**Дети со сложными дефектами развития**

 Сложный дефект представляет собой не просто сочетание (сумму) двух и более дефектов развития; он является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от составляющих его аномалий.

 Категорию детей со сложными дефектами составляют (42):

1. Дети с умственной отсталостью, отягощенной нарушениями слуха;
2. Дети с умственной отсталостью, осложненной нарушениями зрения;
3. Дети глухие слабовидящие;
4. Слепоглухонемые дети;
5. Дети с задержкой психического развития, которая сочетается с дефектами зрения или слуха;
6. Глухие дети с нарушениями соматического характера (врожденные пороки сердца, заболевания почек, печени, желудочно-кишечного тракта).

 Кроме того, в дефектологической практике встречаются дети с множественными дефектами. К ним относятся:

 1. Дети с умственной отсталостью слепоглухие;

 2. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с дефектами органов слуха, зрения, речи или интеллектуальной недостаточностью.

 Таким образом, к детям со сложными дефектами можно отнести детей, у которых отмечаются нарушения развития сенсорных и моторных функций в сочетании с недостатками интеллекта (задержка психического развития, умственная отсталость).

 Причинами возникновения сложных дефектов могут быть, как указывает Б.П.Пузанов, наследственные и экзогенные факторы.

 Наиболее тяжелой группой детей со сложными дефектами выступают слепоглухонемые дети. Её составляют дети, не только полностью лишенные зрения, слуха и речи, но и с парциальным (частичным) поражением сенсорной сферы: слепые с такой потерей слуха, которая препятствует усвоению речи на слух, и глухие с такой потерей зрения, которая препятствует зрительной ориентировке.

 Специфической особенностью таких детей является практически полная невозможность получать информацию об окружающем по естественным каналам, что увеличивает значимость коррекционного образования для них, по сравнению с другими детьми, имеющими сложные дефекты. При этом у слепоглухонемого ребенка часто могут быть развиты все усложняющиеся формы общения - от элементарных жестов (воспринимаемых посредством осязания) до вербальной речи. Это позволяет таким детям относительно успешно овладевать программой средней общеобразовательной школы, а некоторым оканчивать высшие учебные заведения.

**Литература:**

1. Басилова Т.А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением // Дефектология. - №3. - 1996.
2. Бертынь Г.П. Клинико-психологическая характеристика детей с бисенсорными дефектами при различных эмбрио- и фетопатиях // Дефектология. - №3. - 1994.
3. Бертынь Г.П. Этиологическая дифференциация слепоглухоты // Сб. науч. тр. "Генетическое изучение аномалий развития у детей". - М., 1986.
4. Бертынь Г.П. Сложная структура дефекта у детей, матери которых перенесли краснуху // Дефектология. - №3. - 1989.
5. Блюмина М.Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология. - №3. - 1989.
6. Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухонемых / Под ред. Д.И. Фельдштейна. –М., 1990.
7. Коррекционно – воспитательная работа с детьми при глубоких нарушениях развития / под ред. Д.А. Самонова. –М., 1986.
8. Основы коррекционной педагогики. Учебно - методическое пособие / Авторы-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. Саратов, 1999. 110 с.
9. Певзнер М.С., Мареева Р.А. Комплексное изучение детей со сложными сенсорными дефектами // Дефектология. - №4. - 1979.
10. Розанова Т.В. Клинико-психологическое изучение глухих детей со сложным дефектом // Дефектология. - №4. - 1993.
11. Саломатина И.В. Программа сенсорного развития для детей с грубыми множественными нарушениями // Дефектология. - №2. - 1998.