**КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ**

**ВОСПИТАТЕЛЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ**

**ЗАДЕРЖАННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ**

****

Педагог-психолог Лифарева Н.В.

**Задержанное психическое развитие**

 К подгруппе «задержанное развитие» относятся варианты истинно задер­жанного развития, которые характеризуются именно замедлением темпа фор­мирования различных характеристик когнитивной и эмоционально-личност­ной сфер, включая и регуляторные механизмы деятельности. К этой подгруп­пе мы относим такие типы отклоняющегося развития, как ***«темпово задержанный тип развития»*(гармонический инфантилизм) и *«неравномер­но задержанный тип развития»*(дисгармонический инфантилизм).**

 В понимании особенностей развития этих категорий детей мы согласуем­ся с представлением классиков отечественной психологии и дефектологии о «задержке психического развития», а именно в том, что постепенно темп раз­вития ребенка увеличится (самостоятельно или с помощью коррекционных мероприятий) и к рубежу 9-ти — 11-ти лет по своему развитию ребенок ре­ально догонит сверстников и его состояние можно характеризовать как «ус­ловно нормативное».

 Типичный ребенок с ***темпово задержанным типом развития (гармо­ническим инфантилизмом)***выглядит младше своего паспортного возраста, он живой, непосредственный, «...инфантильности психики часто соответству­ет инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики». Эмоциональная (и когнитивная)сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психичес­кому складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмо­ций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. В школьном возрасте они неутомимы в игре и в то же время имеют низкую работоспособность, быстро пресыщаются интеллектуальной нагрузкой, незрелость регуляторных функций и мотивационно-волевой сферы затрудняет их социальную адаптацию, в силу чего они не в состоянии следовать установленным правилам поведения. Показатели интеллектуального развития, как правило, соответствуют уровню актуального психофизического возраста, в котором находится ребенок.

 Практика диагностической работы показывает, что формирование базовых составляющих психического развития у детей с гармоническим инфантилиз­мом соответствует ходу нормального онтогенеза, т.е. не меняет своих пропор­ций, но как бы происходит медленнее. При этом сами уровни развития базо­вых составляющих гармонично соотносятся друг с другом, определяя, гармоничный характер задержанного развития как регуляторных функций, так и эмоциональной и когнитивной сфер, и в целом соответствуют общей программе психического развития ребенка.

 Понятно, что при таком понимании развития не приходится говорить о коррекционной работе в прямом смысле этого слова, но следует иметь в виду, что это должна быть развивающая работа, специфичная для того возраста, который демонстрирует ребенок. Безусловно, необходимо формирование и фун­кций программирования, контроля и регуляции собственной деятельности в основном через игровой компонент с учетом ведущего типа мотивации. При необходимости возможно «параллельное» подключение логопеда (как прави­ло, для коррекции звукопроизношения). Наблюдение врача-педиатра нужно постольку, поскольку ребенок нуждается в общеукрепляющей поддержке, ви­таминотерапии и т.п. Левшество встречается при этом варианте развития не чаще, чем в среднем по популяции, и обычно бывает истинным, то есть не осложняет еще более ход развития ребенка. Признаки неврологического или соматического неблагополучия либо отсутствуют, либо хорошо компенсируются уже на первом году жизни, что, по-видимому, можно объяснить достаточны­ми компенсаторными и адаптационными возможностями, заложенными «от природы».

 Прогноз развития следует оценивать как хороший, особенно в том слу­чае, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспор­тным возрастом, а по факту готовности (созревания в необходимом для на­чала обучения объеме собственно регуляторных функций, эмоционально-лич­ностной и когнитивной сфер). Как правило, это происходит к 7,5-8,5 годам.

 Если же особенности развития ребенка не учитываются и он начинает обучение в школе «по возрасту» или родители, наоборот, считают, что школа как раз и «вправит ему мозги», фактическая невозможность не только нормального усвоения материала, но эмоциональная и поведенческая неадекват­ность условиям обучения могут способствовать формированию дисгармоничес­ких черт личности, нарушению поведения и школьной дезадаптации в целом.

 Специалистами смежных профилей обычно ставится диагноз «инфанти­лизм», «конституциональная задержка психического развития», а диагнозы логопеда — «функциональная дислалия», «неярко выраженное (н.в.) общее недоразвитие речи».

 В отличие от гармонического инфантилизма, ***неравномерно задержанный тип развития (дисгармонический инфантилизм)***характеризуется, в пер­вую очередь, большим уровнем зрелости (сформированности) когнитивного звена ВПФ по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции соб­ственной деятельности, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер. Внешний вид и поведение ребенка также несут на себе отпечатки, ха­рактерные для более младшего возраста, но при этом часто отмечаются хро­нические соматические заболевания, нарушения зрения (различной степени выраженности) или просто соматическая ослабленность. Знаки атипичного развития (леворукость, неустоявшаяся латерализация и т.п.) встречаются среди данной категории детей чаще, чем в среднем по популяции, то есть являют­ся специфичными, что, в свою очередь, осложняет ход развития в целом.

 Наличие соматических проблем еще больше снижает работоспособность ребенка, делает его эмоционально лабильным, часто с элементами демонстративности. Дети могут быть капризны, упрямы. Это вполне объяснимо, так как присутствует интеллектуальная состоятельность, но ребенок «не готов» к предъявляемым к нему в соответствии с этим требованиям. Ребенок может быть вполне адекватным, но недостаточно критичным к результатам своей деятельности, самооценка может быть и завышенной, и, наоборот, заниженной. В общении со сверстниками он часто не находит общего языка, слишком эмоционален, редко может «удержать» роль. Компенсаторно эмоциональные реакции могут быть как по интрапунитивному, так и по экстрапунитивному типу (см. далее), часто возможен смешанный тип реагирования. В целом показатели критичности и адекватности соответствуют актуальному психо­физиологическому возрасту, а обучаемость новым видам деятельности может быть даже высокой, то есть соответствовать фактическому возрасту.

 Определенная диспропорция наблюдается и в формировании базовых со­ставляющих психического развития. Но формирование их происходит с той существенной разницей, что при данном типе развития скорее можно гово­рить об опережении формирования пространственных представлений и их соответствии возрасту (следствием является соответствующий уровень развития познавательной сферы). Возрастное условно нормативное развитие простран­ственных представлений сочетается с задержанным в своей динамике разви­тием других базовых составляющих (произвольность психической активнос­ти и базальная система аффективной регуляции). Причем при анализе уровневой системы аффективной регуляции можно сделать вывод о недостаточном (по сравнению с условным возрастным нормативом) регулирующим влияни­ем 4-го уровня (уровень аффективного контроля) на все остальные нижеле­жащие уровни. При этом уровень аффективной экспансии (3-й уровень) мо­жет находиться как в гипо- так и в гиперфункции. Это является специфичным для группы темпово-задержанного типа развития. В то же время общим и принципиально важным для обоих типов задержан­ного развития является то, что в обоих случаях формирование всех базовых предпосылок (составляющих) последовательно проходит (не пропуская и не перескакивая) все уровни своего развития.

 В системе развивающей и коррекционной работы *с*этой категорией детей приоритетны программы по гармонизации уровневой системы аффективной регуляции (по О.С. Никольской). Помимо чисто психотерапевтической помо­щи эффективна программа по формированию произвольной регуляции (в сво­ем развивающем варианте), а также моторная коррекция, основанная на нейропсихологическом подходе. В ряде случаев показана родительско-детская психотерапия (индивидуальная и/или групповая). В случае соматических заболеваний безусловно необходимо наблюдение у профильного врача.

 При анализе прогноза детей с неравномерно задержанным типом разви­тия очевидна его неоднозначность: в отношении формирования так называе­мого когнитивного эвена ВПФ он вполне благополучен, а с точки зрения мотивационно-волевого, эмоционального или личностного развития в целом велика вероятность формирования вариантов дисгармонического развития личности (девиации); при наличии более или менее выраженных соматичес­ких проблем — варианта интрапунитивного дисгармонического развития ре­бенка по психосоматическому типу (см. далее).

 Среди диагнозов других специалистов: «ММД», «ЗПР соматогенного или конституционального генеза», «аффективная неустойчивость», «дети группы риска по нарушению формирования школьных навыков» — иногда присут­ствует и логопедический диагноз: «функциональная дислалия».