**Задержанное психическое развитие**

**Группа недостаточного развития**

К этой классификационной группе относятся варианты психического дизонтогенеза, для которых специфичным является недостаточность по отноше­нию к средненормативному развития всех (тотальное, задержанное) или от­дельных (парциальное) психических функций и их базовых составляющих. При этом преимущественно (по сравнению с базовой аффективной регуляци­ей как предпосылками развития аффективно-эмоциональной сферы) оказыва­ются недостаточно сформированными такие предпосылки психического раз­вития, как произвольная регуляция психической активности и пространствен­ные, пространственно-временные представления (вероятнее всего за счет смещения в сторону более позднего развития или нарушения последовательноности сроков, в первую очередь, двигательного развития как одной из основ формирования когнитивной сферы ребенка). При этом очевидно, что на фе­номенологическом уровне наблюдаются в первую очередь проблемы когнитив­ного характера, осложняющиеся, безусловно, спецификой формирования регуляторной и аффективной сфер, то есть поведения ребенка в целом. Причины, вызывающие такого рода варианты отклоняющегося развития, различны: от выраженных органических поражений ДНС, в том числе и генетически обус­ловленных, До неярко выраженной специфики функциональной организации мозговых систем. Так же различны и степень выраженности когнитивных и поведенческих проблем ребенка, прогноз его дальнейшего развития, виды спе­циальной психологической помощи.

В рамках группы недостаточного развития можно выделить три основные подгруппы, различающиеся как по характеру, так и по выраженности недо­статочности психического развития в целом. Исходя из представленной нами модели развития ребенка каждая подгруппа будет обладать различным «про­филем» базовых предпосылок (составляющих), что в целом дает возможность определять вероятностный прогноз дальнейшего развития для каждой кате­гории детей.

В соответствии с характером недостаточности развития могут быть вы­делены следующие варианты:

— тотальное недоразвитие;

— задержанное развитие;

— парциальная несформированность ВФП,

Следует отметить, что, несмотря на некоторую схожесть феноменологии отдельных типов недостаточного развития, например подгруппы тотального недоразвития и одной из форм парциальной несформированности ВПФ (под­робнее см. раздел 2.2.3.), все они требуют совершенно различного подхода к построению коррекционной и развивающей работы, специфики сопровождения разными специалистами.

В свою очередь, каждая подгруппа в соответствии с определенными кри­териями, одним из которых является специфика профиля базовых составля­ющих психического развития, «расщепляется» на отдельные типы отклоня­ющегося развития.

**Тотальное недоразвитие**

В соответствии с представлениями Г.Е. Сухаревой, развитие при таком варианте дизонтогенеза определяется двумя основными законами: тотально­стью недоразвития и его иерархичностью. Это выражается в том, что недо­статочность отдельных ВПФ (гнозиса, праксиса, памяти, внимания) проявля­ется меньше, чем недоразвитие собственно мыслительной деятельности, выс­ших мотивационно-волевых и эмоциональных компонентов, личностного развития в целом. То есть в любом варианте деятельности страдает наибо­лее сложный его уровень, связанный с обобщением, анализом и синтезом.

Несомненно, что степень выраженности тотального недоразвития будет пропорциональна массивности поражения центральной нервной системы в целом («органическая» составляющая «уровня причин»). В некоторых слу­чаях имеется конкретный повреждающий фактор, тогда тотальное недоразви­тие как бы «смыкается» с группой поврежденного развития. Более подробнее на этой классификационной проблеме мы остановимся при анализе группы поврежденного развития.

В то же время следует отметить, что и другие составляющие этого уров­ня вносят свой специфический вклад в степень выраженности тотального не­доразвития. Это совершенно очевидно при неблагоприятных социальных ус­ловиях развития, что особенно отчетливо проявляется в настоящее время в связи с ухудшением общесоциальных, условий жизни детей в целом, в том числе нарастанием иммиграционных процессов, маргинализацией общества и т.п.

Практика последних лет показала, что специфика формирования функци­ональной организации мозговых систем (специфика индивидуального профиля функциональной ассиметрии при истинном, латентном или семейном и, в осо­бенности, патологическом левшестве) может также значительно утяжелить об­щую картину проявлений тотального недоразвития (тем самым значительно ухудшив возможный прогноз дальнейшего развития ребенка).

Тотальное недоразвитие может проявиться уже достаточно рано резким, по сравнению с условно нормативным развитием, запаздыванием сроков как психомоторного и психоэмоционального, так и речевого развития. В дальней­шем оно характеризуется грубым несоответствием этих параметров возраст­ным показателям, а также грубой социальной незрелостью. Именно тоталь­ное недоразвитие характеризуется *крайне низкими*показателями адекватно­сти, критичности, обучаемости, что может служить дополнительным дифференциально-диагностическим признаком..

Не дублируя в очередной раз подробное описание феноменологических проявлений, характерных для различных форм тотального недоразвития, от­метим в соответствии с нашей схемой лишь наиболее типичные признаки каждого выделенного нами типа. В рамках нашего подхода к диагностичес­кой и развивающе-коррекционной работе в соответствии с предлагаемой ти­пологией были выделены три типа тотального недоразвития:

— простой уравновешенный;

— аффективно-неустойчивый;

— тормозимо-инертный.

Для ***простого уравновешенного типа***наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непос­редственностью реакций, характерной для детей значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования. Общие характеристики темпа и работоспособности при работе с доступными заданиями (как правило, наглядно-действенного характера) могут приближаться к нормативным, но самоконтроль деятельности малодоступен, а критичность к результатам собственной деятельности выражение снижена. Ребенок, как правило, находится в «благодушном\* настроении. В целом дея­тельность носит манипулятивный, подражательный характер, опирающийся на внешний рисунок, а не на смысловой контекст деятельности. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны, но и не злобны. Они достаточно ориенти­рованы на оценку другого человека и отличаются правильным поведением. В силу некритичности их притязания на успех могут быть завышены. В це­лом личностный профиль уплощен.

Для этого типа тотального недоразвития характерным является то, что произвольность высших психических функций и произвольная эмоциональ­ная регуляция поведения выражение незрелы при относительно сформирован­ной произвольной регуляции на двигательном уровне (в первую оче­редь — общей моторики). При этом более дифференцированная регуляция мел--кой моторики будет затруднена. Пространственные представления, как пра­вило, не сформированы уже на уровне анализа в «от тела» (структурно-тополо­гическое пространство). В речи присутствуют лишь наиболее простые пред­логи и ярко выражены затруднения в понимании даже относительно несложных пространственных, пространственно-временных и (как следствие) причинно-следственных отношений, что говорит о выраженной недостаточно­сти развития третьего и четвертого уровней (вербального и лингвистическо­го) формирования пространственных представлений.

Анализ базовых аффективных регуляций показывает относительную про­порциональность в развитии всех уровней базальной системы эмоциональной регуляции на фоне общей эмоциональной уплощенности. В грубых случаях наблюдаются гиперфункция 2-го уровня и общая диспропорциональность всей системы базовых аффективных регуляций.

При проведении развивающей и коррекционной работы следует учитывать как вышеописанные феноменологические особенности, так и особенности струк­туры формирования базовых предпосылок психической деятельности для это­го типа тотального недоразвития. В связи с этим строятся и развивающе-коррекционные программы. Несмотря на то, что детям данной категории показа­ны практически все виды развивающей работы, необходимо отдельно выделить приоритетные. К ним могут быть отнесены программы по развитию межанали­заторных взаимодействий (зрительно-, слухо-моторные координации), произволь­ных форм регуляции высших психических функций и поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также программы по формированию пространственных представлений, начиная с уровня, предшествующего несфор­мированному уровню пространственных представлений (как правило, начиная с подуровня 1-го уровня — «от тела»).

Обязательным является подключение педагога-дефектолога, в том числе логопеда с общепринятыми программами развития. В качестве программы развития эмоциональных характеристик необходимо выделить в первую оче­редь тоническую стимуляцию за счет организации ритма аффективной жизни через формирование второго уровня аффективной регуляции, гармонизацию третьего и четвертого уровней. Также необходимым является наблюдение врача невролога и детского психиатра с целью определения возможной медикамен­тозной поддержки и стимуляции развития. Для этой категории детей, несом­ненно, главенствующую роль играет учитель-дефектолог, как ведущий специ­алист, в первую очередь определяющий развитие такого ребенка.

При данном типе тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленную динамику развития. При соответствующих программах развития и обучения наблюдается удовлетворительная социальная адаптации (в слу­чае легкой степени). При неблагоприятных условиях в подростковом перио­де возможна девиация состояния в сторону аффективно-неустойчивого или тормозимо-инертного типов, что может значительно осложнить социальную адап­тацию, в целом увеличивает риск формирования асоциальных форм поведения. Основным диагнозом, который ставят врачи этим детям, является «Ум­ственная отсталость (различающаяся по степени глубины): олигофрения в степени дебильности, имбецильности, идиотии» — /317-319/ (МКБ-9), «ум­ственная отсталость» (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая) — (F70-F79) (МКБ-10).

*Аффективно-неустойчивый тип*тотального недоразвития характеризу­ется, в первую очередь выраженной импульсивностью (нарушениями целенап­равленности) поведения и деятельности в целом, трудностями организации поведения, немотивированными перепадами настроения от эйфории к дисфории и наоборот. Дети быстро пресыщаются. На фоне пресыщения чаще всего и возникают аффективные вспышки агрессивности. Характер игры мало чем отличается от предыдущего типа, но в общении со сверстниками может быть деструктивен, агрессивен и вспыльчив. У детей наблюдается расторможенность влечений, что проявляется в подростковом возрасте особенно ярко в виде расторможенности сексуальных и других витальных влечений. Феноменология нарушений познавательной деятельности более выражена по сравнению с предыдущим типом вследствие грубой импульсивности и нецеленаправленности.

В целом при одинаковом с детьми предыдущего типа уровне актуально­го развития (или степени выраженности дефекта) эти дети демонстрируют более низкие результаты. Среди детей с данным типом недоразвития значительно чаще встречаются дети с органическими заболеваниями и ранними поврежде­ниями ЦНС, а также со знаками атипичного развития. Оба фактора негатив­но сказываются на состоянии ребенка.

Среди базовых составляющих психического развития следует в первую очередь отметить грубейшую несформированность произвольной регуляции психической активности (начиная с несформированности самых элементарных уровней произвольной регуляции силы мышечного тонуса), что, в свою оче­редь, определяет специфику формирования пространственных представлений и приводит к специфическим диспропорциям уровневой организации эмоци­ональной регуляции. Следует отметить, что при одинаковой глубине органи­ческого поражения ЦНС сформированность пространственных представлений у детей этой категории в целом ниже, чем у детей с простым уравновешен­ным типом недоразвития. Пространственные представления начинают «стра­дать» уже на уровне схемы тела и ощущений, идущих «изнутри» тела.

Специфика базовых аффективных регуляций может характеризоваться в первую очередь гиперфункцией 2-го, а иногда и 3-го уровня, что вызывает сдвиг пропорций в развитии 1-го и 4-го уровней системы.

Для данной категории детей в первую очередь целесообразно любую коррекционную работу проводить на фоне или непосредственно после курсов как специфической, так и неспецифической медикаментозной терапии. Следовательно, при определении последовательности включения в работу с детьми специ­алистов разного профиля приоритет отдается детскому психиатру и невроло­гу. Дальнейшая работа должна быть направлена в первую очередь на форми­рование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля, поскольку без этой «базы»деятельность олигофренопедагога и логопеда может быть малоэффективной.

Так же необходима массивная психотерапевтическая работа с семьей та­кого ребенка. Это обусловлено общей дезадаптацией не только самого ребен­ка, но и семьи в целом, значительными нарушениями социальных контактов, связанных в первую очередь со спецификой поведения детей, а также чрезвы­чайно низкой положительной динамикой развития и обучения, что не может не вызывать огромную тревогу родителей.

Помимо низкой динамики развития, которая чрезвычайно сильно корре­лирует с успешностью медикаментозной терапии, можно говорить о неблагоп­риятном прогнозе и большой вероятности признания ребенка инвалидом. Основным диагнозом является «атипичная («лобная» по М.С. Певзнер) форма олигофрении», «умственная отсталость (соответственной степени выраженно­сти) со значительными поведенческими нарушениями, требующими внимания или лечебных мер» — (F7x.l-F7x.8), «гиперактивное расстройство, сочетаю­щееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» — (F84.4) (МКБ-10). В качестве ведущего для этой категории детей необходимо признать в первую очередь психиатра.

Спецификой детей с *тормозимо-инертным типом*тотального недоразвития является вялость, заторможенность, низкий уровень психической актив­ности (в редких случаях уровень психической активности бывает достаточ­ным). Достаточно часто при этом типе дизонтогенеза отмечается органичес­кое поражение ЦНС (в частности, эпилепсия или различные формы  
эпилептического синдрома).

Общий фон настроения может быть сниженным, дети часто плаксивы. Ребенок с трудом вступает в контакты, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельнос­ти и может испытывать даже дискомфорт при ее прерывании. В эмоциональ­ных реакциях ребенок инертен. Сами реакции значительно уплощены. От контактов с детьми часто уклоняется, эти контакты можно назвать «формаль­ными». Склонен находиться рядом со взрослым или ребенком, к которому привык и от которого зависим.

Для этого типа развития наиболее специфичными являются низкий темп деятельности, ее выраженная инертность, а также склонность к реакциям тормозимого типа: замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. Ребенок одновременно легко отвлекаем и тормозим. В целом развитие по­знавательной деятельности у таких детей наряду с общими характеристика­ми, свойственными подгруппе в целом, отягощается инертностью и тугоподвижностью психических процессов. Общий уровень развития моторики (круп­ной и мелкой), как правило, ниже, чем в предыдущих случаях.

Можно предположить, что низкий уровень психического тонуса определя­ется недостаточной тонизацией, в том числе и за счет гипофункций 1-го, 2-го и 3-го уровней базальной аффективной регуляции, недостаточность «смысловой» организации этих уровней 4-ым уровнем. При этом создаются условия для формирования в достаточной степени соответствующих уровней как произвольной регуляции, так и пространственных представлений. При­чем, если произвольная регуляция двигательной активности может быть раз­вита несколько лучше, чем у описанных ранее типов тотального недоразви­тия, то высшие формы регуляции, начиная с уровня произвольной регуляции высших психических функций и функций программирования и контроля, стра­дают в большей степени. Пространственные представления начинают «запа­дать» чаще всего на 2-ом-З-ем уровнях — целостное (структурно-топологи­ческое) и вербальное пространство.

Наиболее характерными нарушениями, свидетельствующими о несформированности целостного представления картины мира, для детей этого типа развития являются трудности определения пространственных отношений меж­ду объектами и «оречевление» этих взаимоотношений: неправильное употреб­ление предлогов в речи, невозможность вербализации отдельных пространствен­но-временных и причинно-следственных взаимоотношений.

Важной особенностью формирования развивающих и коррекционных про­грамм (при отсутствии неврологических противопоказаний) является вклю­чение в них разнообразной сенсорной стимуляции, в том числе и полимодаль­ной. Использование сенсорной стимуляции позволяет обеспечить необходимую тонизацию для повышения уровня общей психической активности ребенка. Эта работа должна быть проведена на первом этапе деятельности специали­стов. В дальнейшем для детей этого типа развития показаны все возможные варианты развивающе-коррекционной работы: программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функции программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе форми­рование пространственных представлений, основанных на принципе замеща­ющего развития. Общепринятые методы дефектологии и программы специального коррекционного образования, несомненно, должны иметь приоритетное значение.

Поскольку эти дети достаточно удобны в качестве учеников и, как пра­вило, не привлекают к себе большого внимания на фоне детей других катего­рий тотального недоразвития, работа с ними проводится обычно в последнюю очередь, что, безусловно, негативно сказывается на динамике их развития. При наличии органического заболевания ЦНС (в частности, эпилепсии или вари­антов эпилептического синдрома) прогноз дальнейшего развития ребенка в большей степени зависит от адекватности и эффективности медикаментозно­го лечения.

Основными диагнозами могут быть: «умственная отсталость с мини­мальными поведенческими нарушениями или отсутствием их» — (F7x..O) (МКБ-10), другие заболевания и ранние поражения ЦНС, сопряженные с умственной отсталостью, в том числе и наследственной природы.

**Задержанное психическое развитие**

Очень кратко остановимся на истории проблемы, связанной с понятием «задержка психического развития» и с разделением этой аморфной группы на принципиально различные типы развития. Ее корни уходят в 50-е годы — в работы Г.Е. Сухаревой и других отечественных психологов и психиатров. В своем классическом варианте термин «задержка психического развития» был озвучен и предложен классиками отечественной дефектологии Т.А. Вла­совой и М.С. Певзнер в 60-70 годы. В этих работах термин совершенно спра­ведливо звучал как «временная задержка психического развития». Тем са­мым декларировался тот факт, что через какой-то определенный срок эта задержка компенсируется, ребенок догонит своих сверстников и его развитие войдет в нормативное «русло». Введение этого подхода определило на долгие годы магистральный путь диагностики и коррекции огромного «пласта» дет­ской популяции. Задержка психического развития понималась как ***замедле­ние****темпа психического развития.*

В дальнейшем этот подход получил свое развитие в также ставших клас­сическими работах В.И. Лубовского, К.С, и В.В. Лебединских, У.В. Ульенковой и др. В Институте дефектологии (в настоящее время — Ин­ститут коррекционной педагогики РАО) были организованы отдельные подраз­деления, посвященные психологическому изучению и обучению этой категорий детей. Содержательные характеристики понятия получили углубление и уточ­нение. В работах Г.Е. Сухаревой, Т.А. Власовой и М.С. Певзнер системати­зированы основные варианты задержки психического развития.

В основу работ Клары Самойловны и Виктора Васильевича Лебединских положен этиологический принцип, позволяющий различить четыре варианта такого развития;

1) задержка психического развития (ЗПР) конституционального происхож­дения;

2) ЗПР соматогенного происхождения;

3) ЗПР психогенного происхождения;

4) ЗПР церебрально-органического генеза.

В таком виде общая систематика ЗПР существует и до сих пор. Однако к настоящему времени разработаны и более детальные подходы к дифферен­циации вариантов задержанного развития, особенно тех случаев, которые от­носят к «ЗПР церебрально-органического генеза» и которые сами по себе составляют наиболее сложную в дифференциально-диагностическом плане группу.

Резюмируя, можно отметить, что при различных вариантах классифика­ций ЗПР общим радикалом является априорное понимание термина «задер­жка» как явления временного: предполагается, что со временем темп разви­тия ребенка претерпит позитивные изменения (с помощью коррекционной работой или без таковой), ребенок догонит по своему развитию сверстников. В то же время практика работы с детьми, чье состояние характеризуется как ЗПР, показывает, что все не так просто. «Подушка для ленивой головы», — так, со слов современников Г.Е. Сухаревой, звучало ее высказывание по пово­ду этого «ярлыка».

Действительно, уже при проведении диагностической и тем более развивающе-коррекционной работы возникают большие сомнения в возможности обозначить единым понятием принципиально разнородные группы детей. Так, при работе *с*частью детей традиционные подходы достаточно эффективны и помогают ребенку преодолеть отставание в развитии. С другой же частью (и таких детей гораздо больше) эти методы оказываются недостаточно эффек­тивными, не могут в полной степени способствовать компенсации имеющих­ся нарушений. Многие современные специалисты-практики отмечают, что развивающая и коррекционная работа, проводимая с такими детьми, не толь­ко не способствует компенсации проблем, но в некоторых, наиболее сложных случаях с течением времени ухудшает состояние ребенка. Более того, оценка состояния части детей как «задержка психического развития» вообще не отражает действительного положения вещей. Причины такого явления сле­дует искать в недостаточно четком (упрощенном) понимании психологичес­кой структуры развития этой категории детей.

С нашей точки зрения, все варианты описанных различными авторами форм задержки психического развития вслед за Д.Н. Исаевым и В.В. Ковалевым относятся к группе «недостаточного развития» (недо­развития). Психологическая характеристика этой группы наиболее четко пред­ставлена в работе В.В. Лебединского. В то же время мы считаем воз­можным предложить свою, уточненную психологическую типологию, отвеча­ющую специфике развития детской популяции на современном этапе.

Так, в группе «недостаточного развития», помимо «тотального недоразви­тия», мы предлагаем выделять подгруппы «задержанное развитие» и «пар­циальная несформированность высших психических функций». Таким обра­зом, категория детей, традиционно относимых к группе «задержки психичес­кого развития», разделяется на две принципиально различные подгруппы.

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 — прим, авт.)*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 и 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.

Рассмотрим специфику базовых составляющих психического развития. 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, по-ви­димому, гармоничный характер задержанного развития как регуляторных функций, так и эмоциональной и когнитивной сфер, и в целом соответствуют общей программе психического развития ребенка. Именно этот аспект и яв­ляется смыслообразующим в предлагаемой нами типологии.

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 но 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».