**Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития младшего школьного возраста.**

Под термином «задержка психического развития» понимается отставание в психическом развитии, которое с одной стороны, требует специального коррекционного подхода к обучению ребенка, с другой – дает (как правило, при наличии этого специального подхода) возможность обучения ребенка по общей программе усвоения им государственного стандарта школьных знаний. Проявления задержки психического развития включают в себя и замедленное эмоционально-волевое созревание в виде того или иного варианта инфантилизма, и недостаточность, задержку развития познавательной деятельности, при этом проявления этого состояния могут быть разнообразные.

Ребенок с задержкой психического развития как бы соответствует по своему психическому развитию более младшему возрасту, однако это соответствие является только внешним. Тщательное психическое исследование показывает специфические особенности его психической деятельности, в основе которой лежит чаще всего негрубая органическая недостаточность тех мозговых систем, которые отвечают за обучаемость ребенка, за возможности его адаптации к условиям школы.

Его недостаточность проявляется, прежде всего, в низкой познавательной активности ребенка, которое обнаруживается обычно во всех сферах его психической деятельности. Такой ребенок менее любознателен, но как бы «не слышит» или «не видит» многого в окружающем его мире, не стремится понять, осмыслить происходящие вокруг него явления и события. Это обуславливается особенностями его восприятия, внимания, мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы.

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 Е. Г. 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 многие годы магистральный путь диагностики и коррекции огромного «пласта» детской популяции. Задержка психического развития понималась как замедление темпа психического развития. В ходе дальнейшего исследования Т. А. Власовой и М. С. Певзнер выделили две наиболее многочисленные группы и охарактеризовали их как детей с психофизическим и психическим инфантилизмом.

В первую группу вошли дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Исследователи высказали мнение о том, что задержка их развития вызвана медленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки. Эти дети уступают сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и в волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, отличаются низкой работоспособностью. Отставая в учении, они становятся более нервозными и все более «трудными» для учителей.

Вторую группу составили учащиеся с функциональными расстройствами психической деятельности (цереброастенические состояния), которые чаще всего являются следствием мозговых травм. Для этих школьников характерна слабость основных нервных процессов, хотя глубоких нарушений познавательной деятельности у них нет и в периоды хорошего состояния они добиваются высоких результатов в учебе.

Основной причиной отставания являются слабовыраженные (минимальные) органические повреждения головного мозга, врожденные или возникшие во внутриутробном, при родовом или в раннем периоде жизни ребенка, а в некоторых случаях и генетически обусловленная недостаточность центральной нервной системы и её основного отдела – головного мозга; интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и т.п., которые ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают легкие церебральные органические повреждения. Неблагоприятные социальные факторы, включая неблагополучные условия воспитания, дефицит информации и т.п., усугубляют отставания в развитии, но не представляют собой единственную или хотя бы основную его причину.

Задержка психического развития является одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста. Чаще она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или в школе, особенно в возрасте 7-10 лет, так как этот возрастной период обеспечивает большие диагностические возможности.

В медицине задержку психического развития относят к группе пограничных форм интеллектуальной недостаточности. С точки зрения клиницистов это состояние характеризуется, прежде всего, замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности. Широко использовавшийся ранее термин «временная задержка психического развития» применим лишь к части случаев ЗПР, наиболее тесно примыкающей к норме, тогда как большая их часть отличается более стойкой, хотя и легкой интеллектуальной недостаточностью и менее выраженной тенденцией к компенсации и обратимому развитию, возможной только в условиях специального обучения и воспитания. Однако и эти состояния имеют свои клинико-психологические особенности, и при них наблюдается тенденция к сглаживанию интеллектуального дефекта.

Г. Е. Сухарева, исходя из этиопатогенетического принципа, выделила следующие формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития:

- интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;

- интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;

- нарушения при различных формах инфантилизма;

- вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения, письма;

- функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы.

На основе патогенетического принципа В. В. Ковалев все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно разделил на четыре группы:

- дизонтогенетические формы, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного развития ребенка;

- энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;

- интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (слуха, зрения) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;

- интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («социокультурная умственная отсталость», по терминологии, принятой Американской ассоциацией по проблеме умственной неполноценности).

В основу работ К. С. Лебединской и В. В. Лебединского положен этиологический принцип, позволяющий различить четыре варианта такого развития

- задержка психического развития конституционального происхождения;

- соматогенного происхождения;

органического происхождения;

- церебрально-органического генеза.

Н.Ю. Максимова и Е.Л. Милютина описали следующие типы ЗПР

1) гармонический психофизический инфантилизм;

2) органический инфантилизм;

3) церебрально-органическая задержка;

4) соматическая задержка;

5) педагогическая и микросоциальная запущенность.

Гармонический психофизический инфантилизм – задержка психического развития конституционального происхождения. Часто инфантилизм встречается и у других членов семьи, не достигая патологического уровня. В некоторых случаях задержка затрагивает не только психику, но и физическое развитие ребенка. При гармоническом психофизическом инфантилизме ребенок несколько отстает в росте и весе от своих сверстников, отличается живостью моторики и эмоций. Круг интересов ограничивается игровой деятельностью. Игра развитая, сюжетно-ролевая, в которой ребенок может проявлять много выдержки и творчества. В то же время учебно-познавательная деятельность для этих детей мало привлекательна, при выполнении учебных заданий наступает быстрая пресыщамость. Эмоции и мотивация соответствуют более младшему возрасту. Самооценка слабо дифференцирована. При этом не отмечается существенных нарушений со стороны психических процессов. Задержка в основном затрагивает эмоционально-волевую сферу личности, приводит к недостаточности произвольной регуляции деятельности, мышления, запоминания, сосредоточения внимания. При организации организующей помощи и постоянном поощрении дети данной категории показывают достаточный уровень достижений в интеллектуальной сфере. В дальнейшем возможно постоянное сглаживание различий между нормой и детьми с инфантилизмом, перевод их в обычный класс.

Органический инфантилизм возникает на основе перенесенных в раннем детстве органических поражений (травм, инфекций). При этом отмечаются признаки незрелости эмоционально-волевой сферы: неспособность к произвольному сосредоточению на интеллектуальной деятельности, преобладание игровой мотивации.

Однако у детей этого типа отмечаются и черты органического поражения ЦНС: инертность психических процессов, неловкость моторики. При обследовании у этих детей отмечается высокая ориентация на реакцию взрослого, стремление заслужить похвалу экспериментатора. При этом ребенок мало заинтересован в содержании задания, не может самостоятельно оценить успешность своей деятельности. У детей с органическим инфантилизмом выражены такие особенности эмоционально-волевой сферы: при преобладании повышенного фона настроения отмечается неусидчивость, двигательная расторможенность. Ребенок не способен к волевому усилию и самоорганизации в ходе деятельности. Самооценка обычно высокая, отношение к учебе негативное («скучно», «трудно», «лучше поиграть»). Родители и учителя отзываются о таких детях как расторможенных и недисциплинированных. При исследовании интеллекта у таких детей выявляется нижняя граница возрастной нормы. У детей с преобладанием черт тормозимости и тревожности легко возникает школьная тревожность. Дети тяжело переживают свои неудачи в учебе, хотя у них преобладают игровые интересы. На уроках эти дети подчиняются требованиям дисциплины, но боятся отвечать у доски, перед классом. Инертность и медленный темп сенсомоторики приводят к тому, что ребенок не в состоянии понять и выполнить задание одновременно с другими учениками. Сознание своей неспособности еще больше тормозит личностное развитие ребенка. Причиной обращения к психологу или психиатру часто служит неуспеваемость. У детей с органическим инфантилизмом возможно значительное улучшение поведения и успеваемости при регулярно проводимом лечении и оздоровлении.

Помимо консультации с психиатром и лечения, для детей этого типа рекомендуются занятия по развитию памяти, произвольного внимания, абстрактного мышления, проводимые в игровой форме. Это позволяет уменьшить последствия органического инфантилизма. В подростковом возрасте у таких детей возможно появление нарушений социальной адаптации, побеги из дома и школы. Поэтому необходимо обязательное динамическое наблюдение этих детей психологом в течение всего обучения в школе.

Церебрально-органическая задержка психического развития в большей степени затрагивает познавательную деятельность, а не эмоционально-волевую сферу.

При патопсихологическом обследовании отмечается двигательная расторможенность, недостаточное понимание инструкций. Работоспособность снижена, выражена истощаемость психических процессов по гипостеническому либо гиперстеническому типу.

Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны, резко страдает способность к распределению внимания. Память также развита слабо, в основном страдает запоминание вербального материала. Темп сенсомоторики замедлен, нарушена точная координация движений.

Отмечается задержка речевого развития, бедность словарного запаса. У детей часто отмечаются дефекты произношения, недостаточность звукобуквенного анализа и синтеза. Речь в меньшей степени, по сравнению с нормой, выполняет функцию регуляции деятельности.

При церебрально-огранической задержке психического рождения встречаются и проявления очаговых поражений мозга: нарушения зрительного и слухового восприятия, стереотипы и повторы в ходе деятельности, трудности пространственной ориентации.

При исследовании интеллекта у детей этой группы отмечаются низкие показатели интеллекта по вербальным и невербальным субтестам. Общий уровень интеллекта является промежуточным между нормой и умственной отсталостью. Отмечается конкретность мышления. Однако в отличие от больных с дебильностью отмечаются неравномерность уровня достижений. Важным является то, что при оказании помощи у ребенка улучшаются достижения, возможны усвоение и перенос нового опыта при неоднократных обучающих попытках.

Эмоциональная сфера личности у таких детей также страдает. Возможны проявления грубости, импульсивности, расторможенности влечений. Волевая регуляция деятельности развита крайне недостаточно.

Самооценка и критичность к результатам деятельности у детей этой группы затруднены. Отмечается реакция на поощрение со стороны экспериментатора. Специфика игровой деятельности состоит в том, что у ребенка стереотипная игра, а игры с правилами отсутствуют. К началу школьного возраста доступны довольно простые сюжетно-ролевые игры. При ранней диагностике, регулярно проводимом лечении и обучении по специальной программе возможно достижение хорошей социальной адаптации детей с церебрально-органической задержкой психического развития. В связи с органическим характером нарушений желательны учеба сначала в школе, где есть возможность обучаться по программе для детей с ЗПР, а потом в школе санаторного типа.

При частых соматических заболеваниях у детей возможно появление соматогенной задержки психического развития.

При тяжелых соматических заболеваниях (пневмонии, хирургических операциях) у детей дошкольного возраста могут произойти явления ретардации психического развития. При этом ребенок утрачивает недавно приобретенные навыки, возвращается к более ранним формам поведения. Если эти заболевания повторяются часто, то к школьному возрасту, ребенок не осваивает необходимых умений и навыков. Помимо этого, соматические заболевания, естественно, влияют и на нервную систему, приводя к эмоциональной лабильности, истощаемости, колебаниям активного внимания.

Следует особо остановиться на явлении госпитализма у детей. При попадании ребенка в стационар без матери (либо проживании в условиях Дома ребенка) на него влияет ряд неблагоприятных факторов. При разрыве с матерью ребенок испытывает чувство страха, одиночества. Активные протестные реакции через некоторое время сменяются пассивным, апатичным состоянием. При отсутствии положительных эмоциональных стимулов, развивающего и обучающего воздействия у ребенка наступает явление сенсорной депривации. Как следствие этого, у детей младшего возраста возникает потребность в самостимуляции: они стереотипно раскачиваются, сосут палец или одеяло, возможно появление мастурбации. Эти проявления в значительной степени тормозят психическое, а иногда и физическое развитие ребенка. В дальнейшем, при возвращении ребенка в более благоприятные условия, приобретенные навыки аутостимуляции могут оставаться на длительный срок.

Перед проведением патопсихологического обследования ребенка желательно выяснить у родителей факты наличия острых и хронических соматических заболеваний, частоту и длительность пребывания их ребенка в больнице.

В ходе обследования детей с соматогенной задержкой психического развития отмечается истощаемость, чаще по гипостеническому типу. Нарушены концентрация и распределение внимания. Память и интеллектуальные способности значительно не нарушены. Выражена эмоциональная лабильность: при малейших неудачах в выполнении заданий дети плачут, долго не могут приступить к следующему заданию. Самооценка занижена. Преобладают игровые интересы, некоторые игры могут быть стереотипными, служить защитой от страхов. У детей этого типа легко формируется школьная тревожность.

Задержка психического развития может возникать в связи с педагогической и микросоциальной запущенностью. Психолого-педагогическая запущенность есть длительное неблагоприятное для развития состояние ребенка, связанное с недостаточным, противоречивым или негативным воздействием на него социальной микросреды (внешние обстоятельства) и преломляющимся через внутренние условия.

Педагогическая и микросоциальная запущенность возникает там, где не создаются условия для полноценной социализации и индивидуализации личности ребенка: окружающая микросреда, прежде всего родители и педагоги, отрицательно влияет на формирование личности ребенка как субъекта собственной жизни: он не получает достаточной свободы для проявления своей активности во взаимодействии с предметной и социальной средой. Этот вид задержки психического развития формируется у детей со здоровой нервной системой, нормальными предпосылками интеллектуального развития, но воспитывающихся в неблагоприятных условиях. Среди них наибольшее количество детей, которые живут в семьях умственно отсталых, психически больных родителей, а также в условиях безнадзорности и гипоопеки, что часто встречается в случаях, если родители злоупотребляют алкоголем или наркотиками. В результате возникает социальная незрелость личности, нарушение системы интересов и идеалов, недостаточность чувства долга. Помимо этого у ребенка не хватает запаса знаний, отмечается бедность словарного запаса.

В ходе патопсихологического обследования выявляется нормальная работоспособность, внимание, память. Ребенок хорошо ориентируется в бытовых вопросах; в некоторых из них возможна осведомленность даже больше, чем у сверстников. Однако отстает запас знаний и навыков, необходимых в школе: ребенок к 7-ми годам не знает букв, геометрических форм, не умеет читать. При оказании помощи дети с микросоциальной запущенностью способны к нормальному для своего возраста уровню обучения. Показатели по невербальному интеллекту у них также находятся в границах нормы. При отсутствии помощи у этих детей в дальнейшем могут возникать нарушения поведения: отказ от посещения школы, нежелание учиться, стремление к немедленному удовлетворению потребностей. При правильном обучении и воспитании ребенок способен приобрести необходимые навыки и нормально справляться со школьными требованиями.

В таком виде общая систематика задержки психического развития 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 дифференциально-диагностическом плане группу.

Нейрофизиологические и нейропсихологические особенности детей с задержкой психического развития достаточно хорошо изучены. У таких детей, как правило, ослаблена активация левого полушария при поступлении информации в правое, вследствие чего происходит снижение влияния правого полушария на левое. Определенную роль в том играет и недостаточность системы, связывающей оба полушария. Ослабленное включение в деятельность структур левого полушария, характерное для более ранних этапов нормального развития и наблюдаемое у детей с задержанным развитием к началу школьного обучения, влияет на процессы восприятия и переработки информации. У них замедлена передача информации из одного полушария в другое, снижена скорость приема и переработки сенсорной информации (информации, поставляемой в мозг органами чувств, то есть того, что ребенок слышит, видит и т.д.). Это проявляется в более медленном реагировании на внешние стимулы, особенно при усложнении сигналов или нарастания темпа предъявления стимулов. Ребенок испытывает затруднения в опознавании предметов, звуков, ритмов. Эти трудности нарастают при коротком времени предъявления сигнала, при необычном ракурсе показываемого предмета.

Исследования Н.Ю. Максимова и Е.Л. Милютина доказывают, чтов связи с недостаточностью процесса переработки сенсорной информации у ребенка страдает целостное восприятие объектов и ситуаций, многое он воспринимает фрагментарно, не полностью и не может, поэтому осмыслить и усвоить, включить в свой интеллект. Активные образы, воспринятые ребенком, оказываются недостаточно дифференцированными и полными. Внимание отличается более узким полем, что приводит к фрагментарности выполнения заданий. Снижение памяти проявляется не только в «технической» недостаточности процесса запоминания и воспроизведения материала, но и в трудности смысловой переработки информации, неумении найти вспомогательные приемы для запоминания, то есть используются преимущественно механический вид памяти. Поэтому особенно трудно дается запоминание материала, требующего логического объединения частей в последовательное и целое. Сниженная скорость планирования своей деятельности, неумение предвидеть результат и соотносить с ним произведенные действия, недостаточная предварительная ориентировка в условиях познавательных задач приводят к тому, что ребенок при выполнении задания часто спрашивает учителя, надеясь отгадать правильный способ выполнения задания, но, не осмысляя его.

Особенно отстает у детей с задержкой психического развития развитие словесно-логического мышления – это связано с недостаточным речевым развитием (прежде всего с несформированностью обобщающей функцией слова) и с недостаточным овладением мыслительными операциями (сравнение, обобщение, группировка).

Обучение детей данной категории нередко осложнено такими явлениями, как неспособность сосредоточенно работать, повышенная утомляемость, замедленный темп мышления и деятельности, инертность (ребенок с большим трудом переключается с одной деятельности на другую, с одного способа выполнения задания на другой).

Недостаточность «инструментальной» функции мозга или «интеллектуальных предпосылок»: памяти, внимания, скорости и переключения психических процессов, а также недоразвитие высших корковых функций часто сопровождаются задержкой темпов созревания эмоционально-волевой сферы, недоучет ситуации, неумение тормозить свои желания, неспособность к волевому усилию затрудняют приспособление к условиям школы.

Резюмируя, можно отметить, что при различных вариантах классификаций задержки психического развития общим радикалом является априорное понимание термина «задержка» как явления временного: предполагается, что со временем темп развития ребенка перетерпит позитивные изменения (с помощью коррекционной работы или без таковой), ребенок догонит по своему развитию сверстников. В то же время практика работы с детьми, чье состояние характеризуется как задержка психического развития, показывает, что не все 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. 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.

На сегодняшний день появилась еще более уточненная психологическая типология, отвечающая специфике развития детской популяции на современном этапе, авторами которой являются Н. Я. Семаго и М. М. Семаго. Категорию детей, традиционно относимых к группе «задержки психического развития», они разделили на две принципиально различные подгруппы: «задержанное развитие» и «парциальная несформированность высших психических функций».

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 относятся 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 авторы согласны 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».

Характеристика особенностей детей с ЗПР основывается на базовых составляющих психического развития. К этим составляющим относятся источники и причины психического развития и психической деятельности в целом:

- социальная ситуация (условия) развития;

- состояние центральной и периферической нервной системы с точки зрения непосредственно нормативности «органической» составляющей развития;

- специфика нейробиологической функциональной организации мозговых систем;

И базовые предпосылки (составляющие) психической деятельности. Как предпосылки собственно психической деятельности они формируются, начиная с момента рождения (по некоторым, не подтвержденным экспериментальными исследованиями утверждениям, и раньше, до рождения), а в более поздние сроки развития, уже как базовые составляющие, встраиваются в качестве «операционально-технологических» в психическую деятельность ребенка.

Система «базовых составляющих развития» имеет три взаимозависимых и взаимодополняющих элемента: произвольность психической активности, пространственные и пространственно-временные представления, базовая аффективная регуляция. В свою очередь, каждая из базовых составляющих (предпосылок) психической деятельности представляет собой достаточно сложную многоуровневую систему, которая планомерно развертывается (формируется) в процессе развития ребенка.

Однако следует заметить, что развитие самих составляющих подчинено общему закону «перекрытия стадий развития», что подразумевает овладение следующим уровнем (этапом) с одновременным совершенствованием предыдущего.

Эти базовые составляющие психической деятельности ребенка являются первичными по отношению ко всем высшим психическим функциям. Дети с различными формами задержки психического развития, развивающиеся по типу дисгармонического или искаженного развития, обладают собственным «профилем», спецификой формирования и спецификой взаимодействия всех базовых предпосылок (составляющих).

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 сферы этих детей как бы находятся 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, незрелостью регуляторных функций и мотивационно-волевой сферы затрудняет и их социальную адаптацию, в силу чего они 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 данной типологии.

При этом варианте развития встречается левшество, но 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».

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

В отличие от гармонического инфантилизма, неравномерно задержанный тип развития (дисгармонический инфантилизм) характеризуется, в первую очередь, большим уровнем зрелости (сформированности) когнитивного звена высших психических функций (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 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. В целом показатели критичности и адекватности соответствуют актуальному психофизическому 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.

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

Среди диагнозов среди других специалистов: «минимальная мозговая дисфункция», «задержка психологического развития соматогенного или конституционального генеза», «аффективная неустойчивость», «дети группы риска по нарушению формирования школьных навыков» – иногда присутствует и логопедический диагноз: «функциональная дислалия».

Другая подгруппа «недостаточного развития», получившая название «парциальная несформированностью высших психических функций», имеет ряд принципиальных отличий по сравнению с подгруппой, описанной выше. Наиболее принципиальное, основное отличие детей данной подгруппы от детей с различными типами задержанного развития заключается в том, что в данном случае ни в коей мере нельзя говорить лишь и задержке развития. Многолетняя практика показывает, что развитие детей этой категории идет принципиально иным путем, чем развитие детей с истинной задержкой психического развития. Расходясь еще в раннем возрасте, пути развития этих двух групп детей продолжают расходиться.

На протяжении всего дошкольного детства, а если не принимать серьезных специфических мер помощи, это расхождение продолжится и в младшем школьном возрасте. Эти дети «не догоняют» своих сверстников ни к 9-11 годам, ни даже поздние. В дальнейшем признаки не сформированности когнитивного звена ВПФ «маскируются» особенностями эмоционально-личностного развития, которые и квалифицируются позже как иные варианты дизонтогенеза.

Качественные отличия в первую очередь касаются сформированности базовых составляющих психической деятельности. Иногда даже в ситуации массированного коррекционного воздействия с привлечением самых разнообразных специалистов, медикаментозной поддержки можно говорить, как правило, всего лишь о некоторой компенсации в развитии высших психических функции, «приближении» развития ребенка к «психологическому нормативу». Поэтому этот вариант отклоняющегося развития не может быть отнесен к «задержанному развитию», поскольку не отвечает основным критериям понятия «временная темповая задержка психического развития».