

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПОГРАНИЧНЫЕ ФОРМЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

В отечественной литературе распространены термины "задержка психического развития" (ЗПР), "задержка темпа психического развития" (ЗПР встречается у 5-11% младших школьников). Состояния, относящиеся к ЗПР, являются составной частью более широкого понятия - "пограничной интеллектуальной недостаточности". По МКБ-10 при пограничной умственной отсталости IQ в пределах 70-80 (шифруется чаще всего как F89 "Неуточненное расстройство психологического развития" или в рубриках F00- F09 "Органические, включая симптоматические, психические расстройства).

Выделяют тотальную ЗПР, при которой задерживаются в развитии все психические функции и парциальную ЗПР, проявляющуюся задержками отдельных сторон психического развития, включая а) недоразвитие отдельных сторон психических функций, б) недоразвитие моторных функций, в) инфантилизм (эмоциональную и социальную незрелость) и г) невропатию (вегетативную незрелость).

В отличие от олигофрении, при ЗПР отсутствует инертность психических процессов - дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельности в другие ситуации.

Психологический аспект готовности к обучению подразумевает сформированность определенного уровня:

1. Знаний и представлений об окружающем мире.
2. Умственных операций, действий и навыков.
3. Речевого развития, предполагающего владение довольно обширным словарём, основами грамматического строя речи, связным высказыванием и элементами монологической речи

4. Познавательной активности, проявляющейся в соответствующих интересах и мотивации.

5. Регуляции поведения.

Дети с ЗПР оказываются не готовыми к обучению по всем этим параметрам, причем они не только сами негативны к обучению в школе, но и оказывают отрицательное влияние на своих одноклассников.

Характерные особенности детей с ЗПР:

1. Выраженное нарушение у большинства из них функций активного внимания.

2. В связи с недостаточностью интегративной деятельности мозга затрудняются в узнавании нестандартных изображений, им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый образ.

3. Отставание в формировании пространственных представлений, недостаточная ориентировка в собственном теле.

4. Низкая познавательная активность.

5. Недостаточное развитие тонкой моторики рук.

6. Двигательная расторможенность.

7. Недостаточны или искажены навыки чтения, письма.

8. Эмоциональная неустойчивость, такие дети с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Различают 4 этиологических (по происхождению) варианта ЗПР:

- конституциональный;
- соматогенный, обусловленный длительными хроническими заболеваниями, тормозящими психическую активность ребёнка и создающими систему особого режима и запретов;

- психогенный, связанный с неблагоприятными условиями воспитания, выражающимися в безнадзорности, гиперопеки или жестокости;

- церебрально-органический - в результате относительно негрубого повреждения головного мозга. Наиболее стойкими формами ЗПР являются различные её варианты, связанные с церебрально-органической недостаточностью, к числу которых относится так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД, этот термин особенно характерен для англо-американской литературы).

С точки зрения медико-психологических проявлений можно выделить следующие виды пограничных состояний интеллектуальной недостаточности:

1. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности.

1.1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма.

Ускоренное созревание подростков как массовое явление принято называть акселерацией, а рано созревающих подростков - акселератами. У мальчиков - акселератов вторичные половые признаки становятся заметными уже на 11-м году жизни, а максимальный рост приходится на 13-й год. Их поздно созревающие ровесники - так называемые ретарданты - отстают примерно на 2 года. Мальчики-акселераты в течение целого ряда лет выше, тяжелее и сильнее остальных, максимум различий приходится на 14-16 лет; у девочек - на 12-14 лет.

Об акселерации очень много говорилось в 1970-х годах, затем стали отмечать ее окончание, а с конца 1980-х годов принято считать, что преобладают проявления инфантильности, а не акселерации.

Об инфантилизме говорят в тех случаях, когда случаи отставания, задержки развития (т.е. ретардации) бывают достаточно заметны. Физический инфантилизм часто сочетается с психическим, т.е. с незрелостью для календарного возраста поведения, интересов, с

недостаточной самостоятельностью, недоразвитием чувства долга, ответственности при вполне удовлетворительном интеллекте. Выделяют:

1. Психофизический или гармоничный инфантилизм - начинает выделяться с первых классов школы, но особенно заметным становится в подростковом возрасте. Характерны тонкое телосложение, мелкие черты лица, его не по возрасту "детское выражение", а также эмоциональная и вегетативная лабильность. Поведение соответствует более младшему возрасту, даже в 15-16 лет доминирует интерес к играм. Такие подростки любят компании более младших товарищей и отличаются несамостоятельностью, детской требовательностью и капризностью ("хочу"), некоторой наивностью при достаточно развитом интеллекте; учатся вполне удовлетворительно, даже старательно, обладают неплохим запасом общих знаний.

2. Психический инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития - обнаруживается в 13-16 лет. Касается прежде всего интересов и поведения. Задерживается развитие чувства долга, ответственности, умения согласовывать свои желания с интересами других, гибко учитывать ситуацию. Медленно формируются морально-этические принципы. Бросается в глаза физическое созревание.

3. Дисгармоничный (эндокринопатический) инфантилизм связан в первую очередь с нарушением функций гипофиза и половых желез.

4. Соматогенный инфантилизм встречается у детей и подростков, которые в силу какого-то заболевания были надолго прикованы к постели или крайне ограничены в двигательной активности. Характерно преимущественное отставание в развитии костно-мышечной системы и моторики при удовлетворительном, а иногда и ускоренном половом созревании. Психические черты инфантилизма более всего касаются навыков и умений, а отсюда беспомощность, зависимость от старших, тяготение к обществу малышей.

5. Инфантилизм как следствие неправильного воспитания чаще всего встречается при сочетании в воспитании элементов "кумира семьи" с чрезмерной опекой. Стремление оградить ребенка от сверстников, избавление от всякого самообслуживания, ограничения в подвижных играх, потакание прихотям приводят к задержке развития навыков и умений моторной неловкости, недостаточной физической силе, неумению общаться со сверстниками, неспособность сдерживать желания. Отсюда тяготение к обществу младших, где легче маскировать свою несостоятельность, а также недостаточное развитие чувства долга и ответственности.

Психофизический и дисгармоничный инфантилизм обусловлены какими-то внутренними факторами, в том числе возможна их генетическая обусловленность. С возрастом проявления этих видов инфантилизма несколько сглаживаются, но никогда не проходят полностью. До пожилого возраста такие лица остаются моложавыми, но зато старение наступает рано и бурно. Соматогенный инфантилизм в благоприятных условиях нивелируется. Инфантилизирующее воспитание может оставить печать на всю жизнь в виде истероидных черт характера.

Психическая незрелость - это, собственно, легкое (невыраженное) проявление инфантилизма.

Осложненный психический инфантилизм - кроме незрелости психики имеется такая патология как церебрастенические проявления (результат, как правило, легких органических повреждений головного мозга), невротические расстройства, соматические и эндокринные заболевания, при отсутствии такой патологии - простой психический инфантилизм.

1.2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности (при задержках речи; т. наз. школьных навыков - чтения, письма, счета; при отставании развития психомоторики).

При парциальных задержках речевого развития в отличие от общих форм речевого недоразвития (алалии; чаще встречается моторная алалия -

недостаточность или полное отсутствие речевой продукции при сохранности понимания речи; сенсорная алалия - нарушение понимания речи при сохранности и раннем появлении речевой активности) не сформированными в нормальные возрастные сроки оказываются отдельные компоненты речевой функции - например, способность воспринимать и четко дифференцировать части слышимой речи и использовать её в собственной речи, а также при чтении и письме. Даже при легком недоразвитии этой функции могут возникать серьезные проблемы при овладении грамотой и они не любят читать, пересказывать. У таких детей отмечаются нарушения различных близких фонем, звонких и глухих согласных (б-п, д-т, г-к), свистящих и шипящих (с-з, ж-ш), ошибки при сочетании нескольких согласных. В то же время успеваемость по другим предметам, в т.ч. и по математике, удовлетворительная; моторика не страдает.

Показателем правильного развития детской речи является способность ребёнка 2.5-3-х лет строить предложения из 3-4 и более слов и употреблять знакомые слова в нескольких грамматических формах (дай - дает - не дам или кisa - кису - кисе). Допустимо, что к 4-м годам у ребенка с хорошо развитой речью может остаться неусвоенными отдельные согласные звуки, например, звук "р" или звуки "л", "ш" или "ч"; если в этом возрасте дети не выговаривают много звуков, то их следует проконсультировать у логопеда.

У некоторых детей могут наблюдаться парциальные (частичные) расстройства навыков письма, чтения и счета при отсутствии признаков нарушенного речевого развития. Эти расстройства проявляются в процессе обучения и могут быть связаны с запаздыванием созревания и функциональной слабостью соответствующих корковых механизмов. Нарушения счета, напоминающие акалькулию у взрослых, относительно редко наблюдаются у детей в изолированном виде, имеют негрубый характер и подвергаются коррекции в процессе специальных занятий. Они проявляются в неузнавании или смешении отдельных цифр, плохой дифференцировке арифметических знаков, замедленном усвоении числа и

его разрядного строения при удовлетворительной способности к логическому мышлению.

В школьном возрасте могут встречаться проявления парциального моторного инфантилизма. При этом преобладают избыточность движений, непоседливость, недостаточность корковой моторики при целенаправленных видах деятельности (плохая координированность движений, неспособность к тонким, изолированным двигательным актам, затруднения в выполнении комбинированных движений, нарушения пространственной организации движений).

1.3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

Ранний детский аутизм (РДА) может встречаться в рамках различных состояний - как вариант синдрома Каннера (самостоятельная аномалия развития), как синдром Аспергера (формирующееся шизоидное расстройство личности по МКБ-10 или шизоидная психопатия по МКБ-9), при органических поражениях головного мозга и при шизофреническом процессе. В последнем случае проявления РДА наиболее выражены и наблюдаются следующие нарушения:

- Аутизм:
 - игнорирование окружающего (в т.ч. слабая реакция на мать);
 - активное отвержение или избегание окружающего.
- Страхи:
 - сверхценные, типичные для детского возраста вообще;
 - обусловленные характерной аффективной и сенсорной гиперчувствительностью (например, страхи различных бытовых шумов);
 - неадекватные, бредоподобные (предпосылка к бредовым образованиям).
- "Феномен тождества" - непереносимость перемен, изменений в жизни и окружающей обстановке.
- Нарушение чувства самосохранения.

- Стереотипии.
- Речевые расстройства и нарушения интеллектуального развития:
 - эхолалии, в основном, отставленные;
 - нередко первые слова необычные, малоупотребляемые;
 - особые обозначения людей и предметов, неологизмы;
 - преобладание комментирующего характера фраз;
 - относительно большой запас знаний в самых неожиданных областях;
 - любовь к слушанию чтения, особенно стихов (часто на втором году жизни декларируют много стихов при минимальной речи в общении).
- Немотивированные колебания настроения (чаще - периоды напряженности с негативизмом, агрессивной готовностью).

2. Энцефалопатические формы. Вследствие различных органических повреждений головного мозга и носят более или менее обратимый характер.

2.1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков. На первый план выступает повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках, особенно в младшем школьном возрасте, когда ребёнку предъявляют не просто повышенные, а новые требования. При этом после отдыха и лечения эффективность интеллектуальной деятельности возрастает.

2.2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций. Наряду с явлениями церебрастении отмечаются другие расстройства - эмоционально-волевые (повышенная раздражительность, неустойчивость настроения, безразличие и др.).

В выраженных случаях психоорганический синдром проявляется снижением памяти, ригидность (плохой переключаемостью) психических функций, конкретизацией мышления.

2.3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах. Основу детского церебрального паралича (ДЦП) составляет мозговой органический дефект. Особенность психологического

развития при ДЦП является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер - отмечается диссоциация между относительно удовлетворительным уровнем развития абстрактного мышления и недоразвитием функций пространственного анализа и синтеза, праксиса., счетных способностей.

2.4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (алалии). В детском возрасте наблюдается отсутствие лепета. Первые слова возникают лишь с 2-3 лет или позднее; фразовая речь появляется к 5-6 годам и состоит из упрощенных предложений, включающих 2-3 слова. Обнаруживаются грубые расстройства всех сторон речи. Важной особенностью является то, что при понимании обиходных фраз ребёнок почти не владеет самостоятельной речью.

Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости; при слепоте, возникшей в детстве).

Основными механизмами задержанного интеллектуального развития у детей с врожденной или рано приобретенной глухотой или тугоухостью являются замедление и искажение формирования речи в первые годы жизни ребёнка. Степень и характер задержки речевого развития зависят не только от степени снижения слуха, но и от времени возникновения слухового дефекта. В тоже время дети с нарушениями слуха проявляют достаточную способность к выполнению довольно сложных конструктивных заданий (кубики Кооса, создание по образцам моделей из конструктора, рисование, лепка и др.).

В отличие от детей с нарушениями слуха у слепых и слабовидящих отмечается высокий уровень развития вербальной памяти; в структуре интеллектуальной недостаточности у таких детей преобладает недостаточность тех функций, в развитии которых ощущениям и представлениям принадлежит важная или ведущая роль.

4. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая

запущенность). В основе - социальная незрелость личности и недостаточность таких её высших функций как система интересов и идеалов, нравственных установок. Отсутствие или недостаточная сформированность интеллектуальных интересов, потребности в труде, недостаточность чувства долга. Ответственности, незрелость и искаженное понимание нравственных обязанностей ведут к отклонениям в поведении и отказу от посещения школы, нежеланию учиться, стремлению к легкой жизни, непосредственному удовлетворению элементарных интересов, пренебрежению обязанностями. Объем знаний таких детей меньше, чем у их сверстников; у них относительно бедная речь.