

**А. П. Маршалкин,
Е. А. Порошина**
Екатеринбург, Россия

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ДИАГНОСТИКЕ
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЗАДЕРЖКИ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Аннотация. Рассматриваются различные классификации задержки психического развития (ЗПР), раскрываются различные подходы к диагностике ЗПР, выявляются причины, вызывающие затруднения при формировании однородных групп детей с указанным типом психического дизонтогенеза, подчеркивается диагностическая значимость нейропсихологического подхода при исследовании детей, демонстрирующих задержку психического развития разной степени выраженности.

Ключевые слова: задержка психического развития (ЗПР), психический дизонтогенез, пограничные формы интеллектуальной недостаточности, органическое поражение головного мозга, клиническая и нейропсихологическая диагностика, классификации ЗПР.

Сведения об авторе: Порошина Елена Александровна, аспирант кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Уральского государственного педагогического университета.

Место работы: областное государственное учреждение здравоохранения Свердловской области клиническая психиатрическая больница, филиал «Детство», медицинский психолог.

Сведения об авторе: Маршалкин Александр Павлович, кандидат медицинских наук, доцент.

**A. P. Marshalkin,
E. A. Poroshina**
Ekaterinburg, Russia

**MODERN APPROACHES
TO THE DIAGNOSIS
OF DIFFERENT FORMS
OF MENTAL RETARDATION**

Annotation. We consider different classifications of mental retardation, discover different approaches to mental retardation diagnosis, find out the reasons of difficulties when forming the homogeneous groups of children with the specified type of mental dysontogenesis, underline the diagnostic importance of the neuropsychological approach when examining the children demonstrating mental retardation of various degrees of intensity.

Key words: metal retardation, psychological dysontogenesis, borderline forms of intellectual inadequacy, organic cerebral affection, clinical and neuropsychical diagnosis, metal retardation classification.

About the author: Poroshina Elena Alexandrovna, Post-graduate Student of the Chair of Special Psychology and Corrective Pedagogy, Ural State Pedagogical University.

Place of employment: Regional State Public Health Service Establishment in Sverdlovsk Region Clinical Psychiatric Hospital Department «Childhood», Medical psychologist.

About the author: Alexandr Pavlovich Marshalkin, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor.

Место работы: кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза Уральского государственного педагогического университета, г. Екатеринбург.

Контактная информация: 620017, г. Екатеринбург, пр. Космонавтов, д. 26, оф. 125; тел.: (434)2357625
Elen-scorpio@yandex.ru

Place of employment: Chair of Speech Therapy and Clinical Dysontogenesis, Ural State Pedagogical University, Ekaterinburg.

Поводом для написания данной статьи явились противоречия, возникающие при обсуждении результатов исследований, касающихся оценки особенностей нервно-психического развития детей дошкольного и младшего школьного возраста с задержками психического развития (ЗПР).

В настоящее время ЗПР рассматривается как вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся практически все случаи замедленного психического развития, а также относительно стойкие состояния незрелости эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной недостаточности, но не достигающей умственной отсталости [4].

Изучение амбулаторных медицинских карт, а также заключений и протоколов ПМПК при обследовании детей дошкольного и младшего школьного возраста с задержками развития, посещающих различные образовательные учреждения Екатеринбурга и Свердловской области, в том числе и коррекционные, выявило, что для объединения детей данной категории в относительно однородные группы, как правило, используются три основных классификации. Это классификация К. С. Ле-

бединской, построенная на этиопатогенетическом принципе, подробно представленном в работах Г. Е. Сухаревой, Т. А. Власовой, М. С. Певзнер, классификация В. В. Ковалева, в основе которой, лежит патогенетический принцип, предусматривающий клинко-психопатологический анализ структуры дефекта, и международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10), использование которой определяется соответствующим приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Чаще всего в практической деятельности специалистами-дефектологами используется классификация, предложенная К. С. Лебединской, которая включает четыре основных формы: ЗПР конституционального происхождения, ЗПР соматогенного происхождения, ЗПР психогенного происхождения, ЗПР церебрально-органического происхождения. Первый вариант обусловлен различными проявлениями инфантилизма, в некоторых случаях наследственно-обусловленного. Причиной второго являются длительные соматические заболевания, замедляющие темп умственного развития ребенка. Третий вариант чаще всего

наблюдается у детей, воспитывающихся в условиях эмоциональной и социальной депривации, а четвертый связан с выраженным органическим поражением мозговых структур на ранних этапах онтогенеза [3].

Однако анализ литературных источников свидетельствует о том, что в происхождении всех форм задержек имеет место органический дефект, различающийся по степени выраженности его влияния на развитие психики ребенка. Современные исследования в области психофизиологии и нейропсихологии указывают на то, что первые три формы задержек обусловлены преимущественно функциональными отклонениями в развитии мозговых структур, а в происхождении ЗПР церебрально-органического генеза имеется более грубое повреждение мозговых структур и механизмов, обеспечивающих нормальное интеллектуальное и эмоционально-личностное развитие [2].

Вместе с тем в клинико-психологической картине детей с *конституциональной формой ЗПР* многие исследователи отмечают недостаточное развитие или замедление созревания лобных или лобно-диэнцефальных систем головного мозга. Замедленное, в сравнении с нормой, созревание функциональных ансамблей мозга, что может быть вызвано: нарушением питания, травмами мозга во время родов или в раннем возрасте, генетическими факторами. Любой из указанных факторов или их сочетание может

привести к замедлению темпа индивидуального развития.

Таким образом, при данном варианте может диагностироваться легкая органическая недостаточность преимущественно подкорковых структур мозга.

У детей с *соматогенной формой ЗПР* основным этиопатогенетическим признаком, вызывающим задержку интеллектуального и эмоционального развития, считают явления астении. С точки зрения О. А. Дробинской, М. Н. Фишман, В. В. Николаевой, соматическая патология приводит к истощению организма, нарушает питание клеток головного мозга и обуславливает замедление темпа созревания и развития структурно-функциональных ансамблей мозга. Замедляется не только темп интеллектуального развития, но и созревание эмоционально-личностной сферы, что связано с нарушением обменных процессов в питании клеток головного мозга. Обнаруживаются дисфункции подкорковых структур головного мозга – гипоталамуса и гипоталамо-гипофизарной системы, ретикулярной формации ствола мозга. Исследования Ю. Ф. Антропова, Ю. С. Шевченко, В. А. Корнеевой подтверждают, что некоторые системные соматические отклонения (сердечные аритмии, неврозоподобный энурез, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, иммунодефицитные процессы и др.) вызваны первичной дисфункцией под-

корковых и стволовых структур головного мозга.

Происхождение *психогенной формы ЗПР* традиционно объясняют неблагоприятным влиянием социальной среды и условий воспитания ребенка. Однако и при данной форме задержки на современном этапе развития медицинской диагностики исследователи указывают, что недостатки воспитания и депривация лишь усугубляют дисфункции мозговых систем, обеспечивающих познавательную деятельность. Результаты обследования данной категории детей свидетельствуют о высокой частоте мозговых нарушений разной степени выраженности, в частности диагностируется замедление в созревании регуляторных структур ствола и коры головного мозга. Эти нарушения вызваны возможным неблагоприятным течением беременности (злоупотребление наркотиками, алкоголем), неблагоприятной наследственностью и т. д. Ранее считалось, что у детей с социально-педагогической запущенностью и депривацией могут возникать только функциональные изменения, но современные исследования показывают наличие у таких детей функционально-органических отклонений в развитии головного мозга [1].

Четвертая группа – это дети с ЗПР церебрально-органического генеза. Данный вид задержки изучен подробнее и полнее всех указанных вариантов задержек как с медицинских, так и с психолого-педагогических позиций.

Детальное и подробное изучение детей с ЗПР церебрально-органического происхождения обусловлено очевидной взаимосвязью между повреждением нервной системы и нарушениями интеллектуального развития, а также более грубыми нарушениями развития мозговых структур. Так, у детей с ЗПР церебрально-органического генеза регистрируются выраженные дисфункции диэнцефальных и верхнестволовых структур, а также базальных и лобных систем. Выявляется функциональная дефицитарность подкорковых образований, что приводит к нарушению процесса морфофункциогенеза и вторично обуславливают недостаточность развития теменно-затылочных, височных, лобных и других зон мозга. Данная категория детей разнообразна по психолого-педагогическим и клиническим характеристикам. В частности, дети различаются по уровню интеллектуального развития, по наличию или отсутствию сочетанной соматической или неврологической патологии.

Несмотря на определенную условность, данная классификация хорошо себя зарекомендовала и широко используется, в первую очередь, педагогами специального образования и специалистами, участвующими в работе ПМПК. Объясняется это тем, что в настоящее время ЗПР, как нозологическая номенклатурная единица, исключена из МКБ-10, и данная категория используется чаще всего в качестве обобщенной пси-

холого-педагогической характеристики данного типа психического дизонтогенеза в терминологическом аппарате дефектологии. Это вполне согласуется с одной из первостепенных организационных задач специального образования, которая на первом этапе (диагностика на ПМПК) определяет оптимальный образовательный маршрут ребенка. Более углубленная, детальная диагностика уровня нервно-психического развития ребенка, разработка наиболее эффективной стратегии и тактики коррекционных мероприятий с учетом индивидуально-личностных особенностей ребенка проводится уже в условиях конкретного образовательного учреждения [5].

В классификации В. В. Ковалева все пограничные формы интеллектуальной недостаточности, и в том числе ЗПР, условно разделены на четыре группы по ведущему фактору в патогенезе нарушений: 1) дизонтогенетические, 2) энцефалопатические формы, 3) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектом анализаторов и органов чувств, и 4) обусловленная дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства. Данная классификация наиболее близка по своей синдромологической направленности к МКБ-10, которая создана в рамках эклектического направления, но в систематике психических расстройств использует как нозологические, так синдромологические принципы. Этой классификацией пользуются клиницисты (вра-

чи-психиатры), работающие совместно с патопсихологами, как правило, в условиях поликлинических отделений, стационаров или специализированных центров. В диагностической процедуре ЗПР чаще всего используются рубрики F06 «другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни...» или F80 – 89 «расстройства психологического развития».

Неоднократные попытки сопоставить клинические диагнозы, заключения ПМПК и результаты углубленного психолого-педагогического обследования ребенка приводят к частым разногласиям между смежными специалистами. Так, например, у детей, страдающих ЗПР конституционального, соматогенного или психогенного генеза (по классификации К. С. Лебединской), ведущим, с точки зрения врача, может оказаться астенический или церебрастенический синдром (по классификации В. В. Ковалева). По МКБ-10 это состояние может быть представлено как «легкое когнитивное расстройство» (F06.7) или как «органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство» (F06.6). Таким образом, в документах у одного ребенка обнаруживается 2 или 3 различных наименования одного и того же состояния. Это происходит потому, что при традиционном диагностическом обследовании не учитывается тот органический фон, на котором происходит развитие, чаще учитываются

лишь осложнения ЗПР в виде временных или стойких нервнопсихических нарушений. Поэтому, например, в группе детей с ЗПР психогенного происхождения появляются те, которые по формальным признакам должны относиться к группе ЗПР церебрально-органического генеза.

Исключение составляет лишь ЗПР церебрально-органического происхождения, когда органическое поражение головного мозга хорошо диагностируется и является определяющей причиной задержки психического развития.

Однако и эти классификации не исчерпывают весь полиморфизм расстройств, объединенных понятием ЗПР. В современных подходах к диагностике нарушений психического развития все чаще используются аппаратные методы исследования (электроэнцефалография, нейросонография, позитронно-эмиссионная томография и магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования головного мозга и др). Также применяются методы нейропсихологической диагностики, обладающие высокой разрешающей способностью и позволяющие выявлять не только актуальный уровень развития ребенка, но и механизмы, вызывающие те или иные отклонения [6].

Задержка психического развития с позиций нейропсихологии и психофизиологии относится к варианту отклоняющегося развития. В работах А. В. Семенович, Т. В. Ахутиной, Л. С. Цветковой,

А. В. Цветкова, С. Н. Котягиной, Н. Я. Семаго говорится о необходимости дифференцированного подхода к данной категории детей и предлагается факторный анализ психических процессов.

А. В. Семенович на основании факторного анализа выделяет следующие основные группы синдромов отклоняющегося развития: синдромы несформированности, дисгенетический синдром, рассматриваемый как функциональная дефицитарность стволовых образований мозга, и атипия психического развития.

Синдромы несформированности представлены:

1. Функциональной несформированностью префронтальных (лобных) отделов мозга, характеризующейся снижением мотивации к познавательной деятельности, преобладанием игровых интересов, склонностью к упрощению программы деятельности, импульсивностью. Особенности речи отличаются примитивностью, снижением функции обобщения, бедностью словарного запаса. Доминирующими отклонениями в данном синдроме являются недостаточность саморегуляции, программирования, целенаправленности и контроля собственной деятельностью.

2. Функциональной несформированностью левой височной области. На первое место при данном синдроме выступают изолированные трудности в звукоразличении и, как следствие – понимании речи,

воспринимаемой на слух. Остальные психические функции не обнаруживают какой-либо дефицитарности.

3. Функциональной несформированностью межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела). Указанный синдром проявляется в несформированности реципрокной координации рук и накоплении амбилатеральных черт, обилием реверсий, тенденцией к игнорированию левой половины перцептивного поля, несформированностью фонематического поля, краевыми эффектами процесса запоминания.

4. Функциональной несформированностью правого полушария. При данном синдроме на первое место вступает недостаточность пространственных представлений и нарушение порядка элементов слуховых и зрительных эталонов на следах памяти. Часто наблюдаются предметные парагнозии, дефекты сомато- и лицевого гнозиса, цвето-различения и дифференциации эмоций. Первичная пространственная недостаточность закономерно вредоносно сказывается на эффективности письма, счета и чтения в той их части, которая базируется на оптико-гностическом факторе.

Синдромы дефицитарности включают в себя:

1. Функциональную дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга. Характерными особенностями синдрома является общая неловкость, трудности в овладении операциями, требую-

щими тонкой дифференциации моторики. Обнаруживается обилие синкинезий, дистоний, ригидность телесных установок. Для этого синдрома характерно первичное нарушение праксиса поз, что не встречается в детском возрасте ни при каком другом синдроме. Имеют место флуктуации внимания, повышенная отвлекаемость. Речь характеризуется достаточно хорошим развитием, но при этом является вычурно резонерской с элементами заикания. Также при данном синдроме наблюдаются нарушения общей нейродинамики.

2. Функциональную дефицитарность стволовых образований мозга (дисгенетический синдром). В этом случае у детей выявляются множественные дизэмбриогенетические стигмы: лицевые асимметрии, асимметрии глазных щелей, неправильный рост зубов, различные дистонии и т. п. Наряду с целым рядом нейродинамических и эмоциональных отклонений отмечаются латеральные и межполушарные патологические стигмы, актуализируемые на всех уровнях функционирования вербальных и невербальных психических процессов. Наблюдаются амбидекстральные черты и псевдолеворукость, грубые дефекты реципрокных и синергических сенсомоторных координаций, дефицитарен динамический праксис. Специфические нарушения выявляются в оптико-гностической, мнестической, речевой сферах.

Атипия психического развития связана с наличием фактора левше-

ства у детей. В этом случае отмечается неполноценное формирование среднего уровня психической регуляции, что проявляется в слабости адаптивных механизмов, эмоционально-личностной незрелости, частых аффективных срывах, а в некоторых случаях – в психосоматических расстройствах.

Комплексное обследование неуспевающих школьников (демонстрирующих ЗПР различной степени выраженности), проведенное Э. Г. Симерницкой, позволило соотнести выявленные у них отклонения с недостаточной зрелостью разных мозговых структур и выделить три основных нейропсихологических профиля.

Симптомы первого профиля соотносятся с дисфункцией височно-лобных отделов левого полушария: снижение объема слухоречевой памяти, усиление тормозимости и снижение прочности следов, парафазии, ухудшение регуляции и контроля вербально-мнестической деятельности.

Второй профиль проявляется в слуховой и зрительной памяти, в пространственных ошибках, в феномене зеркальных движений, что связано с дисфункцией правого полушария мозга.

Третий профиль связан с билатеральной дисфункцией левого и правого полушарий.

Обсуждаемые классификации также не раскрывают всю вариативность психоэмоционального и интеллектуального развития детей с

ЗПР, но подтверждают свою условность, так как, по мнению многих нейропсихологов и клиницистов, а также по результатам наших наблюдений, отклонения, выявляемые в случаях ЗПР, могут носить множественный характер и проявляться гетерохронно. Однако с точки зрения современных исследований так называемая задержка психического развития возникает из-за нарушений или искажений становления подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, недостаточной функциональной специализации правого и левого полушарий мозга.

Таким образом, несмотря на различные подходы к классификации задержек психического развития, следует отметить, что в возникновении каждой формы имеет место органический фон.

Найти тождественность выявленных проявлений психического недоразвития с использованием представленных классификаций весьма затруднительно, а в некоторых случаях и недопустимо уже потому, что принципы их построения существенно различаются.

Разночтения клинических диагнозов и заключений ПМПК, касающихся ЗПР, связаны не столько с уровнем профессиональной подготовки специалистов, сколько с недостаточным социально-экономическим ресурсом конкретного муниципального образования в частности либо с отсутствием определенных дошкольных коррекционных учреждений и подготовленных

кадров, а значит – и возможности обучения детей с диагностической целью, либо с отсутствием должного взаимодействия между дошкольными коррекционными учреждениями и общеобразовательными школами. Все это приводит к искажению истинной картины уровня психофизиологического развития ребенка и выбору наиболее «удобного» заключения.

Для подбора однородных групп детей с ЗПР с целью дальнейшего углубленного изучения может быть наиболее оптимальным использование нейропсихологического подхода в диагностике, который основывается на положениях Л. С. Выготского и А. Р. Лурия о системной динамической локализации высших психических функций и их экстракортикальном развитии в онтогенезе. В этом случае диагностическая процедура, направленная на изучение актуального состояния центральной нервной системы ребенка и ее функционирование, приобретает еще и прогностический характер.

Литература

1. Ахутина, Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. – Питер, 2008.
2. Дробинская, А. О. Ребенок с задержкой психического развития. Понять, чтобы помочь / А. О. Дробинская. – М., 2005.
3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский. – М., 2006.
4. Малофеев, Н. Н. Классы КРО и ККО: интегрированный подход к образованию детей с нарушениями в развитии и дифференцированный подход к образованию нормально развивающихся детей / Н. Н. Малофеев // Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: пособие для учителей и специалистов коррекционно-развивающего обучения / под. ред. С. Г. Шевченко. – М., 2001.
5. Марковская, И. Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика / И. Ф. Марковская. – М., 1993.
6. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза / А. В. Семенович. – М. : Генезис, 2007.