

Серия «Специальная психология»

Т.И. КУЗЬМИНА

Психологическая
диагностика
самосознания
лиц разного возраста
с интеллектуальной
недостаточностью



Москва
2016

ББК 88
К89

**Научный руководитель серии И.Ю. Левченко,
доктор психологических наук, профессор**

Кузьмина Т.И.

К89 Психологическая диагностика самосознания лиц разного возраста с интеллектуальной недостаточностью. – М.: Национальный книжный центр, 2016. – 192 с. (Специальная психология.)
ISBN 978-5-4441-0119-3

Книга посвящена вопросам психологического изучения самосознания при нарушении интеллекта. Охарактеризованы специфические методологические подходы к исследованию самосознания как регулятора социального поведения у лиц с легкой умственной отсталостью и пограничными формами интеллектуальной недостаточности на разных возрастных этапах. Отдельное внимание уделено описанию экспериментальных методик диагностики самосознания при умственной отсталости, подготовки и проведения комплексного психологического обследования, составления заключения и ведения документации.

К книге имеется электронное приложение, содержащее бланки с раздаточным материалом и таблицы описанных в издании методик.

Пособие будет полезно коррекционным педагогам и психологам, воспитателям, а также студентам психологических, педагогических, юридических специальностей.

ББК 88

*Оригинал-макет данного издания является собственностью
ООО «Национальный книжный центр» (НКЦ),
и его воспроизведение любым способом
без согласия правообладателя запрещено*

Дополнительные материалы к пособию вы можете скачать на странице сайта www.nbcmmedia.ru/download
ключ: 5444101193

ISBN 978-5-4441-0119-3

© Т.И. Кузьмина, 2015
© Оформление. ООО «Национальный книжный центр», 2015

{ Содержание

Введение	5
Глава 1. Теоретико-методологические основы изучения самосознания лиц с интеллектуальной недостаточностью	11
1.1. Проблема психологического изучения личности при интеллектуальной недостаточности	11
1.2. Междисциплинарный подход к психологическому изучению самосознания и поведения при интеллектуальной недостаточности	35
1.3. Специфика субъективно-личностной организации лиц с интеллектуальной недостаточностью.	70
Глава 2. Практические методы диагностики самосознания и Я-концепции лиц с интеллектуальной недостаточностью	87
2.1. Методические рекомендации по организации исследования самосознания.	87
2.2. Вербальные методы диагностики самосознания лиц с интеллектуальной недостаточностью.	93
<i>Блок «Я-реальное»</i>	<i>96</i>
<i>Блок «Я-социальное»</i>	<i>112</i>
<i>Блок «Я-идеальное»</i>	<i>125</i>
<i>Блок «Я-анти-идеальное»</i>	<i>137</i>
<i>Блок «Ситуации».</i>	<i>155</i>

2.3. Ситуационно-диагностические методы исследования самосознания лиц с интеллектуальной недостаточностью	158
2.4. Составление комплексного психологического заключения.	172
Рекомендуемая литература	178

{ Введение

Самосознание – достаточно сложное и многогранное личностное образование, формирующееся и подверженное изменению в течение всей жизни индивида (И.С. Кон, В.Н. Мясищев, В.В. Столин, С.Р. Пантिलеев и другие).

Становление самосознания во многом определяет характер нравственной жизни и социального поведения человека, оказывает непосредственное влияние на его стремление адекватно взаимодействовать с социумом. Самосознание получает свою реализацию в процессе формирования Я-концепции личности.

Уже на первом году жизни человек встает на путь социализации. То, каким будет его последующее поведение: «для общества», «нейтрально к обществу» или «против общества», – во многом зависит от готовности и способности социума встретить и принять своего нового члена. Первой и врожденной социальной реакцией, которую можно наблюдать у маленького ребенка, является «комплекс оживления», когда малыш начинает узнавать членов своей семьи и тех близких людей, которые осуществляют уход за ним, и начинает проявлять эмоционально-двигательную реакцию на их присутствие. При благоприятном социальном окружении и нормальном соматическом и психическом развитии социализация ребенка, усвоение и присвоение им общественных норм, ценностей и способов межличностного и общественного взаимодействия происходит спонтанно через общение со взрослыми и сверстниками.

Совсем иначе обстоят дела, если ребенок имеет какую-либо патологию: физическую или психическую, которая может способствовать погружению детей с ненормативным развитием в ситуацию депривации (недостатка информации), когда нарушается не только процесс обращения к социальной среде, но и процесс переработки полученной от нее обратной связи, что в свою очередь не может не отразиться на формировании самосознания. Например, у детей, у которых в последствие диагностируется интеллектуальная недостаточность, зачастую

отсутствует комплекс оживления в младенческом возрасте, что говорит о нарушении биологических предпосылок к социализации ребенка с недоразвитием интеллекта.

Л.С. Выготский в рамках своей культурно-исторической теории развития психики и личности обращал особое внимание на то, что при наличии у ребенка какой-либо патологии, последующим отклонением, выраженным в большей или меньшей степени, будет так называемый *социальный вывих*, связанный с невозможностью спонтанной социализации особых детей и необходимостью создания специальных коррекционно-развивающих условий для их развития.

Для коррекционного психолога важно осознавать то, что любые концепции, методы, методики и приемы коррекционной работы, используемые в рамках дефектологической науки, имеют конечной целью сглаживание этого самого «социального вывиха» и формирование просоциальности в поведении лиц с отклонениями в развитии.

В исследовательском направлении особенно важна проблема изучения самосознания как регулятора социального поведения у лиц с легкой умственной отсталостью и пограничными формами интеллектуальной недостаточности. Это обусловлено, с одной стороны, тем, что по своим возможностям они могут быть достаточно адаптированы в социуме при условии адекватного психолого-педагогического сопровождения, а с другой – тем, что при отсутствии необходимой коррекционно-развивающей и воспитательной среды могут стать группой риска для возникновения асоциального поведения и таких его форм, как зависимое поведение, противоправное поведение, за проявление которого люди с легкой умственной отсталостью несут в том числе и уголовную ответственность. Законодательно такие лица признаются во взрослом возрасте дееспособными и отдающими себе отчет в том, что совершают, хотя асоциальные тенденции поведения могут наблюдаться у них уже на этапе младшей школы в зависимости от благоприятной или неблагоприятной социальной ситуации развития.

Недостаточно разработанной остается система и теоретическая база создания диагностического инструментария для исследования самосознания при интеллектуальной недостаточности, а также описания состояния Я-концепции и динамики развития предпосылок к ее становлению при интеллектуальных нарушениях на разных возрастных этапах.

Вопрос исследования Я-концепции интеллектуальной недостаточности достаточно труден в методико-методологическом отношении, так как любое исследование личности и самосознания включает в себя элементы интроспекции и предполагает наличие понимания субъектом вербально выраженных характеристик личности и деятельности, несущих важную семантическую нагрузку в процессе диагностики.

Сложности в подборе, адаптации, создании новых методик для изучения самосознания и Я-концепции при нарушении интеллекта обусловлены тем, что при данном состоянии наблюдается недоразвитие всех сфер психической активности (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, М.С. Певзнер и другие). И если поведенческий, мотивационный, оценочный аспект самосознания вполне поддается изучению через наблюдение, беседу и модифицированные варианты стандартизированных самоотчетов, то морально-нравственный и ценностно-ориентированный аспекты — могут быть исследованы только с применением новых, специально разработанных для этого методик.

Практика работы с детьми, подростками и юношами с отклонениями в интеллектуальной сфере ставит перед психологом ряд проблемных вопросов. *Например:* почему ребенок или подросток с интеллектуальной недостаточностью или ее пограничной формой, изъятый из асоциальной среды, где родители его не кормили, не любили, не смотрели за ним, избивали, заставляли попрошайничать или воровать, попадая в коррекционное учреждение с пятиразовым питанием, полным пансионом, развивающими занятиями, теплой постелью и новой одеждой, изыскивает все возможные способы вернуться обратно в свою маргинальную семью, разрабатывая и осуществляя хитроумные планы побега из интерната или детского дома? Почему ребенок, имеющий, например, наследственную форму интеллектуальной недостаточности, асоциальных родителей, но не помнящий их и воспитывающийся в детском доме, вдруг в подростковом возрасте начинает искать и находит для себя социальную нишу и среду, аналогичную той, в которой жили его родители? Почему девушка с легкой умственной отсталостью, проживающая с бабушкой и дедушкой, и с младшего школьного возраста проводившая первую часть дня в школе, а вторую — прислуживая в церкви, знающая молитвы и даже читающая Библию, по окончании школы рождает ребенка

от неизвестного отца и совершенно спокойно, без колебаний и нравственных мучений бросает своего малыша сразу после его появления на свет? Почему юноша с нарушением интеллекта, бывший в коррекционной школе отличником в течение всего периода обучения и по способностям вполне мог быть хорошо адаптирован и трудоустроен, выйдя во взрослую жизнь организует в своей квартире притон для наркоманов и погибает при невыясненных обстоятельствах?

Такие и им подобные вопросы диктуют целесообразность проведения изучения становления самосознания и Я-концепции лиц с интеллектуальной недостаточностью и ее пограничными формами в связи с исследованием наличия у них асоциальных тенденций поведения, существующих поведенческих ориентаций и способностей к усвоению морально-нравственных норм и ценностей.

Специфическое становление структурно-содержательных звеньев Я-концепции и протекание процесса самопознания при нарушении интеллекта непосредственно влияет на количественно-качественные характеристики внутренних преград личности к совершению каких-либо действий, и к формированию определенных поведенческих ориентаций. Именно внутренние преграды являются сдерживающим фактором поведения, формируются на основе самосознания и опосредуют актуальную и действительную способность человека поступить так или иначе в некоей ситуации.

Поведение человека в различного рода ситуациях формирует общий личностно-поведенческий портрет субъекта, состоящий из поступков. С философско-психологической точки зрения поступок – это сложный осознанный поведенческий акт, основанный на нравственном самоопределении и моральном выборе, демонстрирующий личностное отношение субъекта к другому человеку, самому себе, обществу, природе, проявляющийся в действии или бездействии, в вербально высказанной позиции, в отношении к чему-либо, формально выраженном с помощью жеста, взгляда, тона речи, смыслового подтекста, а также действием, направленным на преодоление физических препятствий и поиск истины (М.М. Бахтин). Генри Мюррей, в свою очередь, называл поступок «сложной единицей поведения».

Соблюдая общепринятый в психологической среде принцип безоценочности по отношению к субъекту, психолог-практик

может и должен оценивать непосредственно поступки субъекта и его склонность к тем или иным поступкам, а особенно асоциальным. И важным параметром этой оценки должен стать качественный анализ не только самой мотивации совершения поступка, но и тех внутренних преград, которые мешают поступить иначе. Иными словами, принцип «объективности», «средних значений», «оцифровка» фактов, которая описывает только то, может ли человек поступить таким образом или не может, должна уступить место «принципу артефактов», когда ни единый компонент или фактор из наблюдаемых и полученных психологом при диагностике не признается случайным и не отмечается, как малозначимый. С точки зрения психологии в поведении случайностей не бывает: то, что имело место единожды, при определенных условиях может повториться снова.

Для оптимизации сроков начала психокоррекционного воздействия по развитию самосознания лиц с интеллектуальной недостаточностью, а в частности, по формированию их Я-концепции, необходимо сначала определить их динамику становления этих личностных образований, выявить «проблемные» составляющие Я-концепции, а также ее наиболее сохраненные звенья, опора на которые в дальнейшем должна стать основой для разработки коррекционных программ.

В рамках предлагаемого в данной книге подхода к проведению диагностики самосознания лиц с интеллектуальными нарушениями хотелось бы ответить на следующие научно-практические вопросы:

- ◆ Каким образом возможно изучение самосознания и Я-концепции лиц с интеллектуальной недостаточностью?
- ◆ В чем сложность разработки, адаптации и предъявления методик в процессе исследования?
- ◆ Какую качественную специфику имеют структура и содержание Я-концепции при нарушении интеллектуальной сферы и каково это своеобразие на разных возрастных этапах?

{ Глава 1.

Теоретико-методологические основы изучения самосознания лиц с интеллектуальной недостаточностью

1.1. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Психологическое направление изучения личности при интеллектуальной недостаточности сопряжено с большим количеством диагностических, прогностических, интерпретационных и психокоррекционных трудностей в силу имеющегося несовершенства методического инструментария и отсутствия комплексных и системных методологических подходов для его разработки.

Феномены самопознания и развития личности связаны с осознанием того, что присвоено, интериоризировано, превращено в «Я» субъекта и в его личностную структуру, и того, какие формы приобретают результаты этого присвоения в самосознании. Психологической «фотографией» процесса самопознания в определенный момент времени или возрастной период является структура и содержание Я-концепции личности. В качестве научного понятия Я-концепция вошла в обиход специальной литературы сравнительно недавно. И в отечественных, и в зарубежных источниках нет единой трактовки данного термина; ближе всего по смыслу к нему находится *самосознание*. Но Я-концепция – понятие менее нейтральное, включающее в себя оценочный и временной аспект самосознания, а также фактор сформированности на определенном возрастном этапе. Это динамическая система представ-

лений человека о самом себе, в которую входит как собственно осознание своих физических, интеллектуальных и прочих качеств, так и самооценка, а также субъективное восприятие влияющих на личность внешних факторов. Р. Бернс так определяет это понятие: «Я-концепция – это совокупность всех представлений человека о самом себе, сопряженная с их оценкой. Описательную составляющую Я-концепции часто называют образом Я или картиной Я. Составляющую, связанную с отношением к себе или к отдельным своим качествам, называют самооценкой или принятием себя».

Я-концепция возникает у человека в процессе социального взаимодействия как неизбежный и всегда уникальный результат психического развития, как относительно устойчивое и в то же время подверженное внутренним изменениям и колебаниям психическое приобретение. С.Л. Рубинштейн предполагает, что личность отнюдь не сводится к самосознанию, и духовная личность не надстраивается над физической и социальной, что «существует лишь единая личность – человек из плоти и крови, являющийся сознательным общественным существом. Как «Я» он выступает, поскольку с развитием самосознания осознает себя как субъекта практической и теоретической деятельности». Самосознание человека не пассивно и «не дано» непосредственно в переживаниях, оно является результатом познания, для которого требуется осознание реальной обусловленности своих переживаний. Оно может быть более или менее адекватно. Самосознание, включая и то или иное отношение человека к себе, тесно связано и с самооценкой. Самооценка человека существенно обусловлена мировоззрением, определяющим нормы и критерии оценивания.

Психические особенности и способности личности являются не только предпосылкой, но и результатом поступков и действий субъекта. В поступках личность *не только выявляется, но и формируется*.

При этом все поступки человека опосредуются его отношением к другим людям и потому насыщены общественным содержанием.

Вместе с тем, любую сферу общения нельзя свести только к проявлению чувств, симпатий, антипатий, к чисто субъективным отношениям. Общение как построение отношений формирует человеческие чувства и регулирует его поведение, поступки.

Проблема психологического изучения самосознания личности в рамках специальной коррекционной психологии особенно актуальна в отношении тех детей, подростков и юношей, степень интеллектуального снижения у которых невелика, так как по своим возможностям они могут быть достаточно хорошо адаптированы в социуме при условии адекватного психолого-педагогического сопровождения, несмотря на то, что их познавательное и личностное развитие происходит на специфической основе. Самосознание личности не может полноценно формироваться в условиях нарушения взаимодействия с обществом, в условиях социальной депривации. Лица с интеллектуальными нарушениями, в связи с особенностями их развития (интеллектуальным дефектом и вторичными социально-поведенческими и личностными наслоениями), часто находятся в депривационных условиях, когда нарушается не только процесс обращения к социальной среде, но и процесс переработки полученной от нее обратной связи. Это не может не отразиться на формировании самосознания в целом и такого личностного образования как Я-концепция в частности.

Наиболее психологически актуальным для исследователя является изучение личностной организации и становления самосознания у лиц с легкой умственной отсталостью, пограничными формами интеллектуальной недостаточности ввиду наличия у них достаточно высокой способности к обучению, воспитанию, адаптации и трудоустройству.

Исследование самосознания при интеллектуальной недостаточности имеет ряд особенностей. В первую очередь организация такого исследования – это, прежде всего, патопсихологическая проблема, решение которой кроется в *создании* и использовании приемов и методов, адекватных умственным возможностям лиц с проблемами в интеллектуальной сфере и методик, наиболее показательных в диагностическом отношении, но при этом не противоречащих условиям, общепринятым в психологической практике. В контексте специально-психологического направления исследования особую важность представляет именно *описание* состояния и функционирования самосознания при наличии у субъекта интеллектуальной патологии. Конечной целью такого изучения согласно принципу единства диагностики и коррекции является «выход» на формирование комплекса психокоррекционных мероприятий, направленных на адекватизацию

самосознания, развитие его отдельных сторон, а также оценочных функций Я-концепции и получение возможности оптимизировать психологические условия обучения и воспитания лиц с интеллектуальной недостаточностью для наиболее полного развития их компенсаторных функций и улучшения их социальной адаптации.

Важно определение «отправных точек» – теоретических и практических аспектов, являющихся фундаментом и основой такого исследования, помогающих определиться с подбором, степенью и вариантами модификации уже известных методик, а также с необходимостью разработки новых специфических методов и моделей, созданных специально для решения поставленных задач психологического изучения личности при недостаточности интеллектуальной сферы.

Опираясь на информацию об этиологии и патогенезе умственной отсталости и данные Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), можно представить общую специфику развития и вариативных проявлений данного состояния.

Понятие «умственно отсталый» охватывает достаточно широкий круг лиц, у которых имеется разлитое диффузное повреждение коры головного мозга. Морфологические изменения коры являются тотальными и необратимыми. Случается, что диффузное поражение сочетается с еще более выраженными, локальными повреждениями, иногда затрагивающими и подкорковые системы. Именно органическое повреждение головного мозга обуславливает различную степень отклонений, обнаруживающихся во всех сферах психики умственно отсталого, и особенно, в интеллектуальной.

У большинства умственно отсталых людей интеллектуальное отклонение возникает вследствие различных органических поражений мозговых систем во внутриутробном периоде развития, при нарушениях родовой деятельности матери, а также в детском возрасте в период до развития речи (до 2–3 лет). Это так называемые лица с олигофренией (от греческого «олигос» – малый и «френос» – ум, т.е. «малоумный»). Данный термин был предложен немецким психиатром Э. Крепелином в начале XX в. Однако на современном этапе развития дефектологической науки в связи с общей гуманистической тенденцией в использовании терминологии и номенклатуры по отношению к отклоняющемуся развитию, понятие «оли-

гофрения», используемое ранее в МКБ – 9, было исключено из Международной классификации болезней. В настоящее время чаще используется термин «общее психическое недоразвитие».

В своих работах 50–70 гг. прошлого века известный отечественный психиатр Г.Е. Сухарева определила основные клинические проявления олигофрении как преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогрессивности состояния. По мнению В.В. Ковалева, олигофрения представляла собой «сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогрессирующих патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей».

Степень выраженности интеллектуального недоразвития при умственной отсталости по большей части зависит от тяжести вредоносного фактора или совокупности факторов, воздействовавших на ребенка, от локализации и времени их воздействия. Наиболее тяжелые степени проявления умственной отсталости наблюдаются у детей, перенесших заболевания во внутриутробном периоде своего развития.

При «общем психическом недоразвитии» (олигофрении) органическое повреждение мозга носит резидуальный (остаточный), непрогрессирующий (не усугубляющийся, стабильный) характер. Ребенок способен к психическому развитию, протекающему на аномальной основе.

Дети с общим психическим недоразвитием – преобладающий контингент учащихся специальной (коррекционной) школы VIII вида.

Также небольшую часть учащихся данной школы составляют дети, у которых умственная отсталость возникла вследствие органического повреждения головного мозга или травм ЦНС на более позднем этапе развития (5–7 лет). Это так называемые *дети с деменцией*. Деменция (или приобретенное слабоумие) у них носит прогрессирующий (усугубляющийся) характер и, как правило, интеллектуальный дефект при деменции является необратимым. Имеет место распад ранее сформированных психических функций.

Умственную отсталость могут приобретать и лица, страдающие прогрессирующе текущими (прогрессирующими) психичес-

кими заболеваниями, в частности шизофренией и эпилепсией, а также заболеваниями, обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ (например, фенилкетонурия) и хромосомной патологией (например, синдром Дауна). Степень снижения их интеллекта с возрастом может становиться более выраженной даже при наличии адекватных коррекционных мероприятий. Может иметь место «шизофреническая» или «эпилептическая» деменция, являющаяся частью симптомокомплекса той или иной формы заболевания и не являющаяся собственно умственной отсталостью. В некоторых случаях наблюдается «лекарственная» деменция, связанная с употреблением сильнодействующих лекарственных препаратов для купирования симптомов основного заболевания. В редких случаях может наблюдаться сочетание умственной отсталости с эпилепсией или шизофренией.

В настоящее время в соответствии с МКБ-10 выделяются четыре степени снижения интеллекта при умственной отсталости различного генеза:

- ◆ **легкая (F70)** – соответствует уровню развития интеллекта при олигофрении в степени легкой, умеренной и выраженной дебильности;
- ◆ **умеренная (F71)** – соответствует уровню развития интеллекта при олигофрении в степени легкой имбецильности;
- ◆ **тяжелая (F72)** – соответствует уровню развития интеллекта при олигофрении в степени выраженной имбецильности;
- ◆ **глубокая (F73)** – соответствует уровню развития интеллекта при олигофрении в степени идиотии.

Уровень интеллектуального развития количественно оценивается по тесту интеллекта Векслера. Лица с легкими степенями умственной отсталости (дебильностью) составляют 75–80% от общего числа популяции умственно отсталых. Их интеллектуальный уровень составляет 50–70 условных единиц. Они обучаются в специальной коррекционной школе VIII вида, а также могут быть хорошо социально адаптированы и трудоустроены.

При умеренной и тяжелой умственной отсталости (легкой и выраженной имбецильности) уровень развития интеллекта от 20 до 50 условных единиц (15% от общей популяции умст-

венно отсталых). Лица с умеренной умственной отсталостью, интеллектуальный показатель по Векслеру (35–49 единиц) способны учиться в специальных классах коррекционной школы VIII вида или воспитываться и обучаться в домашних условиях родителями или приглашенными педагогами. Они обычно живут в семьях. Их трудоустройство затруднено.

Лица с выраженной умственной отсталостью, интеллектуальный уровень по Векслеру (20–34 единицы), овладевают лишь навыками самообслуживания и простейшими трудовыми операциями, и часто направляются в интернатные учреждения Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты населения ввиду их неспособности к самостоятельной жизни и невозможности социальной адаптации.

Глубоко умственно отсталые лица (лица с идиотией) составляют оставшиеся 5% от всего числа умственно отсталых, и обычно пожизненно находятся в психоневрологических интернатах. Мышление таких лиц практически полностью неразвито (показатель по Векслеру менее 20 единиц), возможна избирательная эмоциональная привязанность к близким людям. Такие лица не овладевают даже элементарными навыками самообслуживания.

Имеющиеся в литературе данные о личности детей, подростков и взрослых с легкой умственной отсталостью («олигофренией в степени дебильности») указывают на недостаточность полученных экспериментальным путем сведений о процессах, динамике, специфике формирования личности и, в частности, самосознания лиц данной категории.

Если говорить о лицах с пограничными формами интеллектуальной недостаточности, проблема изучения которой не менее актуальна, нежели проблема умственной отсталости, то целесообразно опираться на данные, изложенные в работах Г.Е. Сухаревой, В.В. Ковалева, М.С. Певзнер, К.С. Лебединской, В.В. Лебединского и других исследователей, активно занимавшихся изучением психической организации лиц данной категории. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности – это различные по этиологии, патогенезу и клиническим особенностям состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между легкой умственной отсталостью (олигофренией) и интеллектуальной нормой. Границы этой группы в значительной степени определяются социальными и психолого-педагогичес-

кими критериями общества, в частности уровнем требований, предъявляемых социумом к интеллектуальным способностям ребенка и нормами образовательных стандартов.

С одной стороны, группа «пограничных форм интеллектуальной недостаточности» по степени выраженности и структуре нарушений интеллектуально-познавательной деятельности примыкает к легкой умственной отсталости, для которой интеллектуальный дефект является первичным. С другой стороны, у значительной части детей интеллектуально-познавательная недостаточность является вторичной и обусловленной нарушениями «предпосылок интеллекта»: памяти, внимания, работоспособности, речи, эмоционально-волевых и других компонентов формирующейся личности и познавательной деятельности (К. Ясперс, 1963).

Чаще всего имеется тенденция к сглаживанию и нивелированию интеллектуального дефекта с возрастом вплоть до возможности достижения нижней границы нормального уровня интеллектуального развития или значительной компенсации дефекта при специальных условиях обучения.

Именно эти особенности отличают пограничные формы интеллектуальной недостаточности от «истинной» или «ядерной умственной отсталости» – олигофрении (С. Benda, 1960). При олигофрении психический дефект имеет тотальный и стойкий характер, а ведущим проявлением является недостаточная способность к абстрактному мышлению, что определяет особенности нарушения других высших психических функций.

В иностранной литературе пограничная интеллектуальная недостаточность чаще всего описывается в рамках синдрома «минимальной мозговой дисфункции» (ММД). Этот термин часто используется в англо-американской литературе начиная с 50-х годов прошлого века для обозначения различных клинических проявлений, обусловленных легкими, резидуальными (остаточными) мозговыми повреждениями (Kephart, 1955; C. Strother, 1973; A. Strauss, H. Stutte, 1960, P. Wender, 1972).

Трактовка синдрома ММД, по мнению В.В. Ковалева, неоднозначна, данный синдром не имеет четкого клинико-психологического определения. В зарубежной психологической и медицинской литературе указывается на высокую теоретико-методологическую и практическую значимость всестороннего изучения проблемы ММД. По данным ряда авторов ММД встречается у 5–10% детей школьного возраста (P. Wender, 1972).

Среди разнородных проявлений ММД описываются состояния нарушенной школьной адаптации, гипердинамический синдром (синдром гиперактивности), расстройства поведения и эмоциональной сферы, легкие нарушения познавательной деятельности и др. Прямое отношение к пограничной умственной отсталости имеют нарушения школьных навыков – «дислексия» (нарушение формирования навыка чтения), «дисграфия» (нарушение формирования навыка письма) и «акалькулия» (избирательное нарушение формирования счетных операций).

Состояния, определяемые как «пограничная умственная отсталость» (отчасти также «минимальная мозговая дисфункция» (ММД), «дислексия», «дисграфия», «задержки психического развития»), – это многогранная и полиморфная группа как в отношении этиологии и патогенетических механизмов развития данного состояния, так и в отношении клинических и поведенческих проявлений.

Одни состояния тесно примыкают к норме и для их обозначения предпочтителен термин «временные задержки психического развития». Другие являются состояниями стойкой, хотя и легкой, интеллектуальной недостаточности, не достигающей степени интеллектуального дефекта при легкой умственной отсталости, и отличающиеся менее выраженной тенденцией к обратному развитию и компенсации.

Этиология пограничной интеллектуальной недостаточности неоднозначна. В ее возникновении играют роль различные биологические, генетические факторы, инфекции, травмы, интоксикации и т. д., ведущие к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывающие легкие церебрально-органические повреждения. При этом удельный вес социальных факторов, включая недостаточное воспитание, дефицит информации (депривацию), в возникновении пограничных форм интеллектуальной недостаточности также велик.

Популярная в последние десятилетия проблематика психолого-педагогических исследований, связанных с дифференциальной диагностикой умственной отсталости и пограничных состояний интеллектуальной недостаточности, а также с разграничением нормы и задержек психического развития и разработкой коррекционно-педагогических и психокоррекционных методов обучения и воспитания обусловлена непрерывным ростом требований, предъявляемых государством

и обществом к личности и интеллектуально-поведенческому уровню ребенка и подростка. Усложнение и многообразие школьных программ, ранние экспериментальные сроки начала школьного обучения, замена игровой деятельности на учебную в дошкольных учреждениях, инновационные пробные образовательные программы, предусматривающие необходимость владения навыками чтения и письма уже на этапе дошкольного детства, а также обильный поток разнородной информации, обрушивающийся на неокрепшую детскую и подростковую психику, играют существенную роль в подвиге и размытии границ нормы и патологии.

Патогенез пограничных форм интеллектуальной недостаточности остается по настоящее время малоизученным.

По мнению М.С. Певзнер (1966), основным механизмом «задержек психического развития» является нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга, главным образом относящихся к лобным отделам коры больших полушарий. Именно эти отделы обеспечивают осуществление сознательных актов человеческого поведения и деятельности, а также их программирование, контроль. Если вспомнить положения А.Р. Лурия о «трех функциональных блоках» мозга, то в данном случае речь идет как раз о нарушении формирования третьего из блоков, блока «программирования и контроля».

В одних случаях преобладает задержка темпа созревания наиболее филогенетически молодых функциональных систем мозга, в других случаях наблюдается негрубое органическое повреждение мозга с выпадением структурных и функциональных элементов, необходимых для осуществления высокоуровневых интеллектуальных процессов.

Г.Е. Сухарева (1965, 1970) для обозначения состояний, определяющих стойкую школьную неуспеваемость, но отличающихся от легких форм олигофрении, предложила термины «задержки психического развития» и «задержки темпа психического развития». Эта группа, по ее мнению, разнородна в этиологическом, патогенетическом и клиническом отношении, а также в плане прогноза преодоления данного состояния.

Наряду с обратимыми, поддающимися психолого-педагогической коррекции состояниями, которые составляют ядро этой группы, в ее состав входят случаи более стойкой интеллектуальной недостаточности.

На основе этиопатогенетического принципа, Г.Е. Сухарева выделяет следующие формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с «задержанным темпом развития»:

- 1) интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма;
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы.

М.С. Певзнер (1966, 1971) рассматривает «задержки психического развития» вне рамок олигофрении, как самостоятельную группу состояний. В группе задержек психического развития ею описываются разные варианты инфантилизма, интеллектуальные нарушения при церебральных состояниях, дефектах слуха, речи, отклонениях в характере и поведении.

На основе патогенетического принципа (В.В. Ковалев, 1973) все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно можно разделить на четыре группы:

- 1) **дизонтогенетические формы**, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка;
- 2) **энцефалопатические формы**, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- 3) интеллектуальная недостаточность, связанная с **дефектами анализаторов и органов чувств** (слуха, зрения) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;
- 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с **дефектами воспитания и дефицитом информации** с раннего

детства («умственная отсталость в связи с психосоциальной депривацией», «социальная олигофрения» и т.д.).

Хотя в каждой из названных групп ведущая роль в патогенезе отводится какому-либо одному фактору, в происхождении интеллектуальной недостаточности обычно участвуют и другие патогенетические факторы. Внутри основных четырех групп выделяются варианты на основе клинико-психопатологического критерия.

Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности (В.В. Ковалев, 1973)

I Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:
 - а) при простом психическом инфантилизме;
 - б) при осложненном психическом инфантилизме:
 - сочетание психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (органический инфантилизм, по Г.Е. Сухаревой);
 - сочетание психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;
 - сочетание психического инфантилизма с невропатическими состояниями;
 - сочетание психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.
2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:
 - а) при задержках развития речи;
 - б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтения, письма, счета);
 - в) при отставании развития психомоторики.
3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).