

УДК 159.922. 7/8

## ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

*Андрющенко Т.И., Рысухина Ж.А.,  
детские психиатры,  
г. Костанай, Казахстан*

**Аннотация**

*Психологиялық даму тежелуінің жағдайын кең мағынада ұғыну интеллектуальдық жетісуіне байланысты. Олардың (баяу) психологиялық дамуының баяулығына мінездеме бермес бұрын, жеке тұлғалық тұрғыдан, танымдық іс-әрекетінің бұзылуына қатысты көрсеткіштерінің құрамына сәйкес, олигофренияден ерекшеленеді және кері дамуын әсерін тигізеді.*

**Аннотация**

*Состояния, относимые к задержкам психического развития, являются составной частью более широкого понятия «пограничная интеллектуальная недостаточность». Они характеризуются прежде всего замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям отличающимися от олигофрении, и имеют тенденцию к компенсации и обратному развитию.*

**Abstract**

*The conditions carried to delays of mental development, are a component of broader concept "boundary intellectual insufficiency". They are characterized first of all by the slowed-down rate of mental development, personal immaturity, not rough violations of informative activity, on structure and quantitative indices different from an mental retardation, and tend to compensation and the return development.*

**Түйінді сөздер:** даму, кідіріс, интеллект, толыққанды жетілмеу, ой, көңіл-күй.

**Ключевые слова:** развитие, задержка, интеллект, незрелость, мышление, эмоции.

**Keywords:** evolution, retardation, infantilism, intellection, emotions.

**Введение.** Задержка психического развития – это замедление темпа развития психики, которое чаще всего обнаруживается при поступлении в школу и выражается в нехватке общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов и неспособности заниматься интеллектуальной деятельностью.

**Материалы.** К данной группе расстройств относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и олигофренией. Этой проблеме посвящено значительное число исследований, однако до настоящего времени не существует общепринятой терминологии, не уточнены рамки этих состояний. Психопатологические проявления пограничной интеллектуальной недостаточности полиморфны. Часть таких состояний по степени выраженности и структуре нарушений интеллектуальной деятельности примыкает к олигофрении в степени легкой дебильности (так называемая субдебильность), тогда как большая их часть значительно отличается от олигофрении и качественными, и количественными показателями. У определенной части детей пограничная интеллектуальная недостаточность является вторичной, обусловленной нарушениями так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания, работоспособности, речи, эмоционально-волевых и других компонентов формирующейся личности.

В отечественной литературе распространены термины «задержка темпа психического развития», «задержка психического развития». Состояния, относимые к ЗПР, являются составной частью более широкого понятия «пограничная интеллектуальная недостаточность». Они характеризуются, прежде всего, замедленным темпом психического развития,

личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям отличающимися от олигофрении, и имеют тенденцию к компенсации и обратному развитию. Следует отметить, что 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 обратному развитию, возможной только в условиях специального обучения и воспитания. Однако и эти состояния отличаются своими клинико-психологическими особенностями и тенденцией к сглаживанию интеллектуального дефекта от «ядерной» умственной отсталости – олигофрении, при которой отмечаются тотальность, стойкость и необратимость психического дефекта, а ведущим признаком является нарушение собственно интеллектуальной деятельности, которое определяет особенности нарушения других психических функций.

Эпидемиология пограничной интеллектуальной недостаточности окончательно еще не разработана, что в определенной степени обусловлено разнородностью состояний, объединенных в данную группу. Границы группы четко не определены, они в значительной степени зависят от социальных критериев, в частности от требований, предъявляемых обществом к интеллектуальным способностям ребенка. В целом пограничная интеллектуальная недостаточность является одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста. Чаще она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или школе; пик ее выявляемости приходится на младший школьный возраст (7–10 лет), что связано с большей диагностической возможностью в этот возрастной период.

Этиология пограничных форм интеллектуальной недостаточности многозначна. С одной стороны, в генезе их могут играть роль различные биологические факторы, в том числе интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и т.п., которые ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают легкие церебральные органические повреждения; с другой стороны, играют роль социальные факторы, включая неблагоприятные условия воспитания, дефицит информации и т.п. Большему выявлению пограничных состояний интеллектуальной недостаточности способствует рост требований, предъявляемых обществом к личности ребенка и подростка (усложнение школьных программ, более ранние сроки начала обучения и т.п.).

Единых принципов систематики пограничных форм интеллектуальной недостаточности в настоящее время не существует. Г.Е. Сухарева (1965), исходя из этиопатогенетического принципа, выделяла 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 поражениями 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.

К.С. Лебединской (1982) предложена клиническая систематика задержки психического развития по этиопатогенетическому принципу. Выделено 4 основных варианта задержки психического развития: 1) конституционального, 2) соматогенного, 3) психогенного, 4) церебрально-органического происхождения. Эти варианты отличаются друг от друга особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: типом инфантилизма и характером нейродинамических расстройств.

В каждом из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание эмоциональной и интеллектуальной незрелости.

На основе патогенетического принципа В.В. Ковалев (1973) все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно разделил на 4 группы: 1) дизонтогенетические фор-

мы, 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.

При конституциональном происхождении задержки психического развития незрелости психики часто соответствует инфантильный тип телосложения. Эмоции таких детей находятся как бы на более ранней ступени развития, характерной детям младшего возраста. Такие дети подвижны, неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки, но быстро устают от предлагаемых интеллектуальных занятий.

Поэтому в первом классе у них возникают как трудности в усвоении материала, так и неумение подчиняться правилам дисциплины.

При так называемой соматогенной задержке психического развития эмоциональная незрелость возникает при длительном хроническом заболевании, пороках развития сердца и т.п. Хронические болезни способствуют развитию у ребенка робости, боязливости, неуверенности в своих силах. Все это усугубляется в условиях чрезмерной опеки.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. В условиях безнадзорности могут сформироваться такие черты, как неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности. В условиях воспитания, где преобладают жестокость, грубая сила, отсутствие любви, нередко формируются невротические расстройства. У таких детей задержка психического развития проявляется в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости.

Задержка психического развития церебрально-органического происхождения занимает основное место среди вариантов данной аномалии развития как в отношении частоты, так и выраженности отклонений эмоционально-волевой и познавательной сфер психической деятельности.

Этиология связана с органической недостаточностью нервной системы, большей частью резидуального характера вследствие патологии беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации, несовместимость матери и плода по группе и резус-фактору, недоношенность) и родов (асфиксия, травма), нейроинфекции, интоксикаций и травм в раннем детском возрасте, а также ряда пороков генетического развития. Данные анамнеза нередко указывают на замедление смены возрастных фаз развития, запаздывание формирования статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

В соматическом статусе наряду с частыми признаками задержки физического развития нередко наблюдается общая гипотрофия, возможны различные виды стигм дизонтогенеза.

Многообразие задержек психического развития порой вводит родителей в заблуждение, что их ребенок развивается соответственно норме, что он чуть более эмоционален, чуть более игрив, чуть более агрессивен, чем остальные дети. При рождении выявить у ребенка задержку психического развития нельзя. Чаще всего у них нет пороков в физическом облике. Да и родители всегда высоко оценивают способности своего ребенка, порой не замечая важного отставания в развитии. Первые тревоги у родителей в отношении развития детей обычно возникают, когда ребенок идет в детский сад, в школу и когда воспитатели, учителя отмечают, что он не усваивает учебный материал. Но и тогда некоторые родители считают, что с педагогической работой можно подождать, что ребенок с возрастом самостоятельно научится правильно говорить, играть, общаться со сверстниками.

Иногда детей с ЗПР относят к педагогически запущенным детям, у которых отставание в развитии обусловлено причинами только социального характера, однако это в корне неверно.

В одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены нерезко. Эмоции таких детей как бы находятся на более ранней ступени развития и соответствуют психике ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью реакции, преобладанием эмоций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки, и то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Поэтому в первом классе школы у них нередко возникают трудности, связанные как с неумением подчиняться правилам дисциплины, так и с тем, что на занятиях они больше предпочитают играть. В других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы. В этом случае ребенок склонен к робости, боязливости, страхам. Это препятствует формированию активности, инициативы, самостоятельности.

У этих детей преобладают игровые интересы: они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако на уроках ведут себя более правильно. Поэтому к врачу они попадают не в связи с нарушением дисциплины, а из-за трудностей обучения. Нередко такие дети тяжело переживают свои школьные неудачи.

**Результаты.** Необходимо четко понимать, что дети, имеющие временную задержку в развитии, ни в коей мере не относятся к умственно отсталым детям, поскольку хорошо воспринимают предлагаемую помощь, сознательно выполняют поставленные перед ними задачи и правильно оперируют теми понятиями, которые они имеют. При своевременной коррекции большинство из них хорошо продвигаются и постепенно выравниваются.

Основные затруднения, возникающие при необходимости разграничения данного вида нарушения психического развития с легкой дебильностью, с одной стороны, и с вариантами интеллектуальной нормы – с другой. Связаны главным образом с необходимостью возможно более полной и точной оценки структуры и уровня нарушений интеллектуальной деятельности ребенка. Не менее значимым является и анализ особенностей эмоционально-волевой сферы ребенка, экспериментально-психологическое уточнение которых в процессе дифференциальной диагностики может существенно дополнить данные клинико-психологического обследования. Кроме того, качественная неоднородность контингента детей с задержкой психического развития, определяемая разнообразием патогенетических механизмов, требует и его внутренней дифференциации, которая должна рассматриваться как обязательное условие для оптимального выбора форм и методов медико-педагогической коррекции.

Все это предъявляет вполне определенные требования к методам психологической диагностики задержки психического развития. Прежде всего, они должны обеспечить достаточно полный охват различных компонентов психической деятельности ребенка, ее структурных, динамических и содержательных характеристик. Недопустимо ограничиваться применением разрозненных, случайно подобранных диагностических проб и опираться при оценке результатов лишь на констатацию успешности либо неуспешности их выполнения.

**Выводы.** Разобраться в характере и глубине того или иного нарушения можно только при комплексном обследовании ребенка врачом – психиатром, дефектологом, психологом, логопедом. При этом необходимо учитывать характер ошибок по математике, письму; исследовать состояние отдельных функций моторики, темпа деятельности.

Практический опыт показывает, что почти все дети с неосложненной формой временной задержки развития могут стать успевающими учениками общеобразовательной школы. При этом очень важно, чтобы учитель и родители знали, что трудности на начальном этапе обучения ребенка почти никогда не являются результатом нерадивости или лени, а имеют объективные причины, которые могут быть успешно преодолены.

Родителям, в свою очередь, важно понять, что их ребенок будет обучаться медленнее других детей. Но для того, чтобы достичь наилучших результатов, нужно обратиться за квалифицированной помощью как можно раньше, начать продуманное и целенаправленное воспитание и обучение, создать все необходимые условия в семье, которые соответствуют состоянию ребенка.

**Список литературы**

Буторина Н.Е., Буторин Г.Г. Синдромы психических расстройств, преимущественные для детского возраста: учебное пособие. – УГМАДО. Кафедра детской подростковой психиатрии и наркологии, 1997. – 7 с.

Головань Л.И., Бармин В.В. О синдроме минимальной мозговой дисфункции у детей: Обзор // Журн. «Невропатол. и психиатр». – 1975. – №10. – С. 1572–1576.

Исаев Д.Н. Психические недоразвития у детей. – Л.: Медицина, 1982. – 223 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1979. – 607 с.

Сулейменова Р.А. Психолого-медико-педагогическое обследование детей дошкольного и младшего школьного возраста: учебно-методическое пособие. Республиканская психолого-медико-педагогическая консультация, 2000. – 42–45 с.