

Понятие пограничной
интеллектуальной
недостаточности.

К пограничной интеллектуальной недостаточности относятся различные по этиологии, патогенезу и клиническим особенностям состояния легкой умственной недостаточности, занимающие промежуточное положение между олигофренией и интеллектуальной нормой (коэффициент интеллектуальности составляет 70—90 баллов).

В последние 15 — 25 лет уделяется особенно большое внимание изучению пограничной интеллектуальной недостаточности, в том числе задержке психического развития. Г. Е. Сухарева (1965) описала состояния задержанного темпа умственного развития, наступающего вследствие воздействия социальных факторов; интеллектуальные расстройства, обусловленные соматическими заболеваниями; нарушения познавательной деятельности при гармоническом и дисгармоническом инфантилизме.

М. С. Певзнер и Т. А. Власова (1967) различают две клинические формы: психический и психофизический инфантилизм (неосложненный и осложненный) и вторичную задержку психического развития (ЗПР), обусловленную астеническими и церебрастеническими состояниями.

К. С. Лебединская (1980) выделяет конституциональные, соматогенные, психогенные и церебрально-органические ЗПР. И. Ф. Мерковская (1982) описывает два основных варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза: с преобладанием недоразвития эмоционально-волевой сферы по типу органического инфантилизма и с преобладанием нарушения высших познавательных функций. Ф. М. Гайдук (1982) описал степени тяжести ЗПР церебрально-органического происхождения.

Этиология.

Из этиологических факторов пограничной интеллектуальной недостаточности на первое место выдвигаются патология беременности и родов, несовместимость по резус-фактору и системе АВО, нейроинфекции и черепно-мозговые травмы, хронические соматические заболевания, алкоголизм родителей. Определенная роль в развитии пограничной интеллектуальной недостаточности отводится неблагоприятной социальной среде, а также наследственным механизмам.

Патогенез.

В патогенезе ПИН большое значение имеет недоразвитие лобных долей и их связей с другими отделами мозга, а также поражение теменно-височно-затылочных отделов коры, задержка формирования адренергической субстанции головного мозга.

Классификация.

Общепризнанной классификации пограничной интеллектуальной недостаточности пока еще не разработано. В настоящее время наиболее широко применяется классификация В. В. Ковалева (1979), согласно которой выделяются: 1) дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности: а) при простом психическом инфантилизме, при осложненном психическом инфантилизме в сочетании с психоорганическим, церебрастеническим, психоэндокринным синдромами и невропатическими состояниями; б) интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности: речи, чтения, письма, счета, моторики; в) искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма);

2) энцефалопатические формы при церебрастенических и психоорганических синдромах, детском церебральном параличе;

3) интеллектуальная недостаточность, обусловленная дефектами анализаторов и органов чувств;

4) интеллектуальная недостаточность, вызванная дефектами воспитания и информации с раннего детства.

Клиника.

Клинико-психофизиологические проявления пограничной интеллектуальной недостаточности разнообразны и зависят от ряда факторов. Многим детям с пограничной интеллектуальной недостаточностью присущи локальные нарушения, в большей или меньшей степени выражающиеся в затруднении усвоения и восприятия количественных, временных и пространственных отношений, а также нарушения специфических школьных навыков (счет, письмо, чтение).

У больных детей позже, чем у здоровых, формируются такие понятия, как «право-лево», «над-под». Они с затруднением применяют предлоги, отражающие пространственные отношения, недостаточно хорошо выполняют задания на конструктивный праксис, не всегда верно понимают меры веса, времени, расстояния, числа и соотношения числа и количества, а также лексико-грамматические структуры, отражающие пространственные отношения.

Дети с пограничной интеллектуальной недостаточностью испытывают затруднение при счете в уме и при переходе к следующему десятку, путают близкие по написанию цифры (например, 6 и 9; 12 и 21); неправильно выбирают арифметические действия (производят вычитание вместо сложения); делают ошибки при записи ответов (слабо удерживают в уме условия примера).

Дети с пограничной интеллектуальной недостаточностью при письме плохо держат строку, часто пропускают или не дописывают буквы или слоги, удваивают их; путают сходные по начертанию буквы (к примеру, «н» и «п»), нередко придают буквам зеркальное начертание, при переносе слова иногда начинают писать его с начала, в 30 % случаев не ставят точки в конце предложения.

У детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью нарушены функции внимания, особенно при наличии астенического или церебрастенического синдромов. Внимание их отличается повышенной истощаемостью, отвлекаемостью, сужением объема. Причем у некоторых детей в большей степени страдает так называемое непосредственное (натуральное) внимание, у других же — произвольное (культуральное).

Для детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью нехарактерны грубые нарушения памяти; у них чаще страдают те ее механизмы, которые требуют мобилизации внимания. Однако у ряда детей отмечается и более значительное снижение оперативной памяти, опосредованного запоминания, информационной нагружаемости, воспроизведения информации. У детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью мотив запоминания в основном игровой, в то время как у нормально развивающихся — учебный.

Большинство детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью страдают теми или иными нарушениями речи. У них отмечается позднее становление внутренней речи. Они реже употребляют предлоги, деепричастия, прилагательные, но чаще, чем здоровые и страдающие олигофренией, употребляют неологизмы. В речи детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью отмечаются нарушения фонетико-фонематического и лексико-грамматического строя. У некоторых из них запаздывает период проявления первых слогов или даже фраз, период вопросов. Для 90 % детей характерен бедный словарный запас; они испытывают трудности при речевом оформлении своих решений и действий. Ответы на вопросы у них импульсивны, без предварительного обдумывания.

Диагностика.

Для дифференциальной диагностики пограничной интеллектуальной недостаточности и олигофрении чаще всего требуется комплексное клинико-психолого-педагогическое обследование. В некоторых случаях правильный диагноз можно поставить только после длительного динамического наблюдения. Пограничная интеллектуальная недостаточность от олигофрении отличается главным образом тем, что при первой у детей отсутствует выраженная инертность и тугоподвижность мышления. Они хорошо воспринимают помощь, способны выполнять невербальные тесты, более сообразительны

Лечение, профилактика.

Основным методом коррекции пограничной интеллектуальной недостаточности является педагогическое воздействие. У нас в стране организованы специальные школы и отдельные классы в обычных школах для детей с ЗПР, работающие по программе массовой школы, но с удлинённым сроком обучения по особым методикам. В комплекс реабилитационных мероприятий входит и медикаментозное лечение больных пограничной интеллектуальной недостаточностью, выбор его зависит от клинической формы и тяжести болезни. Наиболее часто применяют ноотропные препараты (в основном аминалон и пантогам).