**Пограничные состояния**

*Кондрашин В.И.*

*ОЧУ школа «Развитие», Москва*

Одна из наиболее сложных ситуаций, с которой сталкивается в своей практике каждый специалист в области диагностики психоэмоционального здоровья детей и подростков, как правило, связана с пограничным состоянием обследуемого ребенка. Именно неоднозначность полученных результатов, слабая продуктивная симптоматика и схожесть патологических состояний, фиксируемых на фоне традиционных диагностических методик, ставят медиков, психологов и дефектологов перед достаточно затруднительной дилеммой при определении конкретных качественных оценок состояния респондента. Ведь, от их правильного заключения во многом зависят не только пути коррекции различных выявленных аномалий, но, зачастую, и жизненно важные, судьбоносные перспективы самого ребенка.

Название «пограничное состояние», в самом широком смысле этого понятия, отражает, как бы, лимитрофное положение индивида между нормой и патологий. Однако, исходя из различных областей знаний, где применяется данная терминология, существуют определенные нюансы в её толковании, ведь, рассмотрение подобной проблематики нуждается в широком междисциплинарном анализе, связанном с другими науками: медициной, психологией, педагогикой, социологией и т.п.

Актуальные темпы развития современного общества, потребность в интенсификации трудовой деятельности, ее автоматизация и роботизация, включая использование искусственного интеллекта, внедрение новейших технологий, активная информатизация жизненно-важного пространства, использование достижений науки и техники, напрямую затрагивающих различные грани человеческого бытия, провоцируют возрастающий уровень социальной тревожности и неуверенности в завтрашнем дне, что, в свою очередь, усиливает неблагоприятное воздействие внешней среды на психическое здоровье населения.

Отечественные врачи-психиатры констатируют, что за последнее время пограничные расстройства значительно «помолодели» и стали достаточно распространенными на фоне сложных, постоянно меняющихся социальных, экономических, политических и культурных реалий, что отрицательно сказывается на качестве жизни людей, страдающих этим недугом.

При этом подобные состояния, которые, нередко, сначала детерминируются как психологические, на определенном этапе своего развития, способны трансформироваться в качественно иное состояние – психопатологическое, а, следовательно, нуждаются в психиатрическом изучении, так как становятся объектом большой психиатрии.

Одновременно с интенсификацией различных постиндустриальных тенденций, свойственных современному отечественному обществу, для России также ха-

рактерны процессы разностороннего гуманистического развития, когда каждому гражданину, независимо от возраста, гендерной принадлежности, вероисповедания и уровня интеллекта предоставлены равные права и возможности, направленные на всемерное развитие собственных способностей и максимальную интеграцию в общественно-значимое социальное пространство. Такие изменения не могли не сказаться и на системе отечественного образования, вообще, и на работе с атипичными школьниками, в частности.

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) наиболее значимую долю занимают когнитивные расстройства и дисфункции. По мнению ряда признанных отечественных аналитических центров, таких как Росстат, Высшая школа экономики, Институт коррекционной педагогики и др., количество учеников с данной патологией колеблется от 20% до 30% от общей популяции обучающих в общеобразовательных школах и постоянно увеличивается.(1)

Согласно концепции Л.С.Выготского о структуре дефекта, интеллектуальные нарушения могут выступать как в качестве первичного, самостоятельного диагноза, так и в роли сопровождающего отягощения на фоне сенсорных, двигательных и эмоциональных патологий.

Пограничные состояния в области интеллектуального развития детей для многих педагогов, как правило, воспринимается как промежуточное состояние между нормой и умственной отсталостью (олигофренией), которое иногда именуется «пограничная интеллектуальная недостаточность». К данной группе когнитивных нарушений относят различные категории задержки психического развития, минимальную мозговую дисфункцию, легкую недостаточность интеллекта и т.п.

В данной статье нам бы хотелось остановиться на достаточно специфической составляющей пограничных состояний интеллектуального развития, а именно на разграничении задержки психического развития от легкой умственной отсталости, когда и в том, и в другом случае причиной нарушения развития является органическая недостаточность мозга, а первичным проявлением дефекта - отставание в интеллектуальном развитии.

Изучение подобных случаев представляется очень важным, ибо установление правильного психоневрологического статуса ребенка позволяет, при выборе адекватной методики его обучения и развития, профессиональной психологической поддержки, а, в случае необходимости, и соответствующего лечения, достичь необходимого эффекта, как в контексте его социализации, так и жизненных перспектив на будущее.

Задержка психического развития (ЗПР) в качестве самостоятельной патологии дизонтогенеза детского возраста стала объектом самого пристального внимания врачей, психологов и дефектологов в конце 60-х годов прошлого столетия на

волне борьбы в Советском Союзе с растущей школьной неуспеваемостью в общеобразовательных школах, вызванной введением новых, более сложных учебных программ.

Работы Сухаревой Г.Е., Певзнер М.С., Власовой Т.А., Лубовского В.И. Ковалева В.В., Лебединской К.С., Лебединского В.В., Еникеевой Д.Д., Марковской И.Ф., Ульенковой У.В. и других отечественных ученых в области аномального детства доказательно обосновали предпосылки и ее корни (ЗПР), в основе которой лежат различные по-своему происхождению причины: от ослабленного соматического здоровья ребенка до негрубых нарушений в функционировании головного мозга и центральной нервной системы (ЦНС).

Для подобных учеников свойственна нервно-психическая лабильность в виде выраженной эмоциональной незрелости и зажатости; «смазанности» эмоций и чувств; без почвенного изменения настроения вне корреляции с конкретными событиями; снижения уровней самооценки и чувства уверенности в себе; неумения контролировать свое поведения, особенно в нестандартных ситуация; прогнозировать свои поступки и их последствия для себя и окружающих.

Они демонстрирует высокий уровень общей тревоги. Обыденные ситуации могут вызывать у них чувство фрустрации с негативными эмоциональными реакциями, справиться с которыми, они, самостоятельно, затрудняется; при этом, такие дети, как правило, не отличаются устойчивостью эмоциональных переживаний и не застревают на обидах или неприятных ситуациях.

Ученики с задержкой психического развития (ЗПР), находясь в одном коллективе с нормотипичными сверстниками, не вписываются в общую картину класса, так как отличаются от них наивностью, несамостоятельностью, упрощенным («бытовым») восприятием окружающей действительности, сохранением игровых интересов. Ребенок с ЗПР, не понимает, осознанно, мотивов учения и его целей, затрудняется в организации собственной целенаправленной деятельности, стремится, любым путем, «избегать» трудностей при выполнении любых учебных задач.

На основании полученных результатов многолетних комплексных медико-психолого-педагогических исследований были сформулированы различные типологии данной аномалии развития. В частности, профессор К.С. Лебединская, (1976,1982), взяв за основу этиопатогенетический принцип клинической систематики, обосновала наличие четырех основных типов ЗПР, а именно: конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения. Она пришла к выводу, что «каждый тип данной патологии имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности, нередко осложнен рядом болезненных признаков - соматических, энцефалопатических, неврологических. Во многих случаях эти болезненные признаки нельзя расценивать только как осложняющие, так как они играют существенную патогенетическую роль в формировании самой ЗПР».(2)

Согласно многочисленным исследованиям и нашим многолетним наблюдениям основные особенности детей с задержкой психического развития (ЗПР) вклю-чают в себя:

* незрелость высших психических функций (восприятие, внимание, память, мышление и т.д.);
* недоразвитие всех компонентов устной и письменной речи;
* скудность лексического кругозора;
* неравномерность и неоднородность нарушенных, а также и сохранных звеньев психической деятельности;
* неспособность к продолжительной и целенаправленной работе;
* недостаточная познавательная активность;
* частые переходы от состояния активности до частичной пассивности, смену нерабочего настроения и рабочего;
* быстрая утомляемость, высокая истощаемость;
* эмоционально-волевая нестабильность;
* недостаточный уровень самоактивации и саморегуляции для преодоления

трудностей, возникающих в ходе выполнения учебных задач и контроля поведения в нестандартных ситуациях;

* склонность к поступкам эмоцией удовольствия, не способность к волевым усилиям;
* низкую критичность по отношению к собственным поступкам и неспособность спрогнозировать их последствия для себя и окружающих;
* сложность в подчинении общепринятым правилам и дисциплине, отсутствие чувства долга и ответственности, неумение брать на себя ответственность;
* упрощенное, «бытовое» восприятие окружающей действительности;
* несоответствие уровня социальной зрелости возрастным требованиям.

В отличие от детей с ЗПР, чье когнитивное своеобразие, в основном, «вырисовывается» в период старшего дошкольного и младшего школьного возраста, когда особые требования предъявляются к познавательной сфере и умению вести целенаправленную деятельность, дети с умственной отсталостью привлекают к себе внимание специалистов (неонатологов, неврологов и педиатров) уже с самого раннего детства.

Данная патология, обычно, начинает проявляться у детей с достаточно юных лет, хотя уже и в период младенчества отмечаются некоторое двигательное, сенсорное, речевое и эмоциональное своеобразие, которое может быть явными или едва заметными, что позволяет отнести такого ребенка к группе риска

У подобных малышей с запозданием проявляется феномен «прямостояния»: они значительно позднее начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить; отмеча-

ется безразличие на внешние раздражители, не фиксируются потребности в эмоциональном взаимодействии со взрослыми, отсутствует «комплекс оживления» как

главный показатель правильного развития новорожденного. Не проявляется интерес к игрушкам, подвешенным над кроваткой, вялая форма или отсутствие рефлекса хватания, редкие случаи вокализации в виде гуканья или гуления.

Подобные отклонения в формировании базовых функций психического развития ребенка, впоследствии, могут негативно сказаться на его когнитивных способностях.

Что такое умственная отсталость и какой смысл вкладывают специалисты в этот термин?

Определение понятия «умственная отсталость» потребовало от мирового научного сообщества многолетней истории многочисленных междисциплинарных исследований на фоне непростого противостояния и откровенной борьбы с непониманием, противоречиями во мнениях и позициях, а иногда даже и откровенно-неприкрытым противодействием.

Первым, кто дал определение врожденному слабоумию, был французский

психиатр Жан-Этьен Доминик Эскироль (Esquirol), который в 1838 году в изданной работе «О душевных болезнях», описал это состояние «как поражение мозга с ослаблением интеллекта с поражением чувств и воли». (3)

Необходимо отметить, что определение врожденного слабоумия и терминология, использовавшаяся для ее дефиниций, менялись в зависимости расширения знаний и представлений о сущности и корнях данного явления.

Сам термин « умственная отсталость» (олигофрения) был введен немецким психиатром Эмилем Крепелином (Kraepelin) в начале ХХ века, утверждавшим, что это «пестрая смесь» болезненных форм самого разного происхождения и весьма различной сущности. (1915)

В зарубежных исследованиях этой проблематики до настоящего времени существуют много разнообразных прочтений смысла и корней данного феномена, в том числе и таких, когда при определении умственной отсталости исключается клинический подход, а приоритет отдается, исключительно, количе­ственным психометрическим определениям уровня интеллек­туального развития; когда данное состояние фиксируется, главным образом, по социальным и моральным критериям, а ее легкая форма – как результат «неправильного существования».

В отечественной историографии данного вопроса, безусловно, следует упомянуть русских психиатров Сергея Сергеевича Корсакова, который к врожденному слабоумию относил только его тяжелые формы (1913), и Владимира Михайловича Бехтерева, создавшего в 1907 году особый институт с клиниками и лабораториями для психологических и неврологических исследований, в котором наблюдались и лица с такой патологией.

В 1932 году вышла книга Е.К. Грачевой «Воспитание и обучение глубоко отсталого ребенка», одного из первых русских педагогов-дефектологов, с предисловием Л. С. Выготского, в котором он подчеркивал важность развития идеи педагогической работы с глубоко отсталыми детьми на базе реального оптимизма, проверенного практикой и выдержавшего научную критику.

Среди всего разнообразия подходов к определению умственной отсталости мы отдаем свое предпочтение концепции, выдвинутой основоположником детской психиатрии в СССР Груней Ефимовной Сухаревой, которая полагала, что умствен-

ная отсталость (олигофрения) представляет собой «стойкое необратимое нарушение познавательной деятельности на фоне органического поражения коры головного мозга» без прогредиентности состояния. (4)

Согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), действующей в настоящей момент на территории Российской Федерации, существует следующая типология умственной отсталости:

* легкая;
* средняя;
* тяжелая;
* глубокая.

Наряду с этой градацией используется и традиционная классификация Э.Крепелина, привычная в отечественном медицинском сообществе, которая подразделяет умственную отсталость (олигофрению) на три типа:

* дебильность;
* имбецильность;
* идиотия

Какие же биологические вредности могут провоцировать органические поражения коры мозга и быть причиной умственной отсталости? Перечислим некоторые из них:

1. **Внутриутробные инфекции (ВУИ)**: токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, сифилис, краснуха (синдром Гретта-Свана), алкогольная энцефалопатия, гемолитическая болезнь, хламидиоз и т.д.
2. **Генетические синдромы (ГС):** Синдром Вильямса, Синдром Корнелии де Ланге, Фенилкетонурия и т.д.
3. **Синдромы хромосомный аномалий (СХА)*:*** Синдром Дауна, Синдром Лежена, Синдром Шерешевского – Тернера, Синдром Мартина – Белла, Синдром Николаидеса – Барайцера и т.д.
4. **Детский церебральный паралич**
5. **Родовые травмы**

Результаты многочисленных отечественных исследований Л.С. Выготского, А.Н. Граборова, А.Н. Лурия, М.С. Певзнер, И.М. Соловьева, С.Я. Рубинштейн,

И.Л. Баскаковой, Е.З. Безруковой, С.В. Лиепень, Г.Я. Трошина, О.Е. Фрейерова и других, подтвержденные нашим многолетним диагностическим опытом, позволяют прийти к выводу, что дети с умственной отсталостью характеризуются ярко выраженным своеобразием развития всех высших психических функций (ВПФ), а именно:

**Восприятие** отличается нарушениями осмысленности, целостности, целеустремленности, ему свойственна замедленность, хаотичность, узость, неточность и поверхностность в рассмотрении изучаемого объекта или явления, а также потребность в сторонней помощи при реализации данной функции.

**Внимание** характеризуется дефицитарностью,трудностью в его привлечении, распределении, концентрации и фокусировании. Ему свойственна замедленная переключаемость, постоянное «соскальзывание» на второстепенные раздражители, недоразвитие произвольного и непроизвольного внимания и т.п.

**Проблемы во всех видах памяти:** речевой, зрительной, моторной, слуховой, смысловой, образной, произвольной и т.п., которые характеризуются замедленностью и непрочностью процесса запоминания, неточностью воспроизведения, проявлением эпизодической «забывчивости», что, в итоге, не позволяет целенаправленно заучивать материал и припоминать его в случаи необходимости.

**Мышление** характеризуется уплощенностью, конкретикой и инерцией в виде трудностей в установлении причинно-следственных связей, неспособности самостоятельно выделять главное, воспринимать целое по его фрагментам, устанавливать внутренние связи между явлениями и действиями, отсутствие критичности как по отношению к своим действиям, так и к действиям окружающих и т.п.

**Эмоционально-волевая сфера,** как правило, имеет черты «детскости», незрелости и несформированности в форме эгоцентричности, импульсивной зависимости от случайных внешних раздражителей, «смазанности» и неустойчивости эмоций без корреляции с происходящими событиями, отсутствия оттенков переживаний; могут быть характерны эйфория, дисфория, апатия. Имеют место сложности продуктивно взаимодействовать в коллективе из-за нежелания соотносить собственные интересы с потребностями сообщества.

Особое место занимает **недоразвитие речи** во всех её компонентах. Устная речь отличается несформированностью ее экспрессивной и импрессивной форм; бедностью словарного запаса, суженного, как правило, до семейно-бытовых новелл; нарушением лексико-грамматической структуры; наличием аграмматизмов и т.п.. Для письменной речи свойственны трудности фонематического, слогового анализа и синтеза; трудности дифференциации гласных и различных групп согласных букв; пропуски букв, их подмены и перестановки; путаница при усвоении образа букв за счет сходства их графического изображения; сложности в усвоении и закреплении моторно-графический навыков письма; и т.п.

Наиболее ярко когнитивное своеобразие детей с умственной отсталостью проявляется на начальном этапе их обучения в школе, когда такие ученики резко контрастируют на фоне нормотипичных одноклассников, проявляя следующие особенности:

* равнодушное отношение к учебной деятельности;
* доминирование примитивных игровых интересов;
* неустойчивость эмоционального состояния;
* элементы «полевого поведения» во время уроков и на переменах;
* трудности в организации своего рабочего места;
* сложности в восприятии и понимании инструкции учителя;
* замедленность овладения элементарными умениями чтения, письма и счета;
* постоянная потребность в опоре на конкретно-наглядный материал;
* неосмысленное (механическое) воспроизведение услышанного;
* необходимость постоянных повторений и разъяснений со стороны учителя;
* неумение взаимодействовать с одноклассниками в коллективе.

Если проанализировать психолого-педагогические особенности учеников младшего школьного возраста с задержкой психического развития (ЗПР), особенно церебрально-органического генеза, и их сверстников с легкой умственной отсталостью, то можно отметить сходность некоторых состояний и проявлений, как в области познавательной активности, так и в поведенческих и эмоциональных реакциях. И те и другие не совсем понимают, что от них требуется в школе, не способны самостоятельно овладеть навыками первичных школьных знаний, испытывают сложности при адекватном восприятии окружающей действительности и продуктивном взаимодействии, как с одноклассниками, так и с педагогами. Их речь отличается бедностью словарного запаса, узостью лексического кругозора, сложностью в понимании высказываний и суждений, если они выходят за рамки привычной семейно-бытовой тематики.

Каким же образом должны поступать специалисты медико-психолого-педа-

гогической комиссии (МППК), если процесс диагностики интеллектуального состояния атипичного ребенка не подразумевает длительного динамического наб-людения за ним и ограничен достаточно непродолжительным временем разового обследования?

Это достаточно непростой вопрос, ибо от качества его решения, как мы уже указывали ранее, во многом, зависит не только выбор правильных систем обучения и воспитания «нестандартного» ребенка, но и, в прямом смысле, его жизненные перспективы, его судьба.

Мы полагаем, что существует ряд принципиальных критериев, которых, с нашей точки зрения, должны придерживаться диагносты, в случае обнаружения пограничных состояний между ЗПР церебрально-органического генеза и легкой умственной отсталостью (дебильностью), а именно:

**Во-первых**, желательно, чтобы диагностика подобных состояний проводилась комиссионно с участием специалистов различного профиля (психологи, дефектологи, логопеды) во главе с врачом-психиатром, ибо, согласно российского законодательства в области здравоохранения, приоритет в выставлении любого диагноза принадлежит, исключительно, медикам.

**Во-вторых**, важно создать во время обследования максимально доброжелательную атмосферу, так как страх или чрезмерное волнение ребенка, а также объективные трудности вступления в контакт и взаимодействия с членами Комиссии, способны, с одной стороны, помешать ему продемонстрировать свои возможности, а с другой, – затрудняют получение объективных результатов об уровне его интеллекта после одного обследования.

**В-третьих**, следует уделить самое пристальное внимание изучению акушерского и гинекологического анамнеза матери, а также случаям семейной наследственности, если таковые имеются; необходимо проанализировать особенности протекания младенческого периода обследуемого ребенка, наличие частых заболеваний и других особенностей его развития.

**В-четвертых,** в процессе использования традиционных диагностических методик следует особо сконцентрироваться не только на результатах, проведенного тестирования, но и на манере выполнения заданий обследуемым. Способен ли он работать по образцу, принимает ли помощь взрослого, способен ли ретранслировать ее результаты на аналогичные операции, его заинтересованность в предметно-манипуляционной деятельности, общий эмоциональный фон ребенка во время обследования: проявляет ли интерес к игровой деятельности или ведет себя дурашливо, демонстрируя необъяснимую веселость или вспыльчивость?!

Длительный опыт работы в сфере диагностики детей с когнитивными раст- ройствами позволяет задуматься о том, что используемые методики в качестве результата отражают, главным образом, «констатирующую, а не объяснительную значимость», другими словами, речь может идти и о том, что ребенок, в силу различных причин, просто не сумел воспользоваться предоставленным шансом. Поэтому полагаем, что всегда, особенно при выявлении пограничных состояний, диагносту следует быть крайне аккуратным с заключениями и избегать скоропалительных выводов.

Многолетняя личная практика позволяет утверждать, что диагностическое обследование атипичного ребенка, особенно при наличии пограничных состояний, не должно основываться только на имеющихся теоретических познаниях о часто сочетанных интеллектуальных расстройствах или их узнавании, ведь каждый ребенок – это частный, конкретный феномен. В данном процессе значительную роль играет личный опыт диагностов, а также на разделение рационального и интуитивного. Интуитивное мышление, как правило, есть отражение длительной работы подсознания, и чем выше способность к такому виду мышления, тем проще воспринимать нестандартные ситуации, включая и решение диагностических задач. Нет никаких сомнений, что «способный не толь-ко к скрупулезному анализу, но и к творческим озарениям диагност полезен как профессионал, потому что может мыслить в двух интеллектуальных плоскостях рационально-логической и интуитивной». (5)

Существование современных социальных сетей и широкое распространение интернета, практически, нивелируют новизну или неизвестность для респондента и его родителей любых общепринятых психологических методик, используемых во время проведения Комиссии. Мы неоднократно сталкивались с ситуациями, когда дети были достаточно хорошо ознакомлены с тем или иным диагностическим материалом, так как заранее заучивали его механически.

В случае, если по результатам проведенного диагностического обследования, специалисты не могут прийти к согласованной позиции относительно окончательного диагноза ребенка, по-нашему мнению, следует использовать некоторые экспериментальные парадигмы в виде дополнительных заданий, которые не ожидаемы как детьми, так и их родителями, например: моделирование различных ситуаций по картинкам, рисунки карандашами на свободную тему, интерпретация известных народных сказок по картинкам, собирание многосоставных предметов, игра с примитивными головоломками, собирание мозаики и т.п. Такой подход всегда позволяет получить ценную дополнительную информацию для формирования объективного мнения специалиста в случае наличия у него каких-либо сомнений относительно своей диагностической позиции.

Размеры статьи не позволяют более подробно рассмотреть все нюансы диагностики пограничных состояний детей с ЗПР и с умственной отсталостью в легкой степени. Главное в подобных ситуациях оставаться максимально непредвзятым, не спешить соглашаться с неконсенсусным заключением, ведь любая ошибка в определении степени выраженности и качественных различий в структуре дефекта могут изменить очень многое в жизни атипичного ребенка.

**Литература**

1. **Росстат,** 2024 год
2. **Лебединская К.С.** Клиническая систематика задержки психического развития. // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей / Под ред. К.С. Лебединской. - М.: Педагогика, 1982
3. **Замский Х.С.** История олигофренопедагогики. -2 изд.- М.: Просвещение,

1980

1. **Сухарева Г.Е.** Лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении). т.3. М.: 1965
2. **Ануфриев А.Ф.** Психологический диагноз/М-во образования Российской Федерации, Московский государственный открытый педагогический институт им. М.А.Шолохова.-Москва:Ось-89. 2005 (Подольск (Моск.обл.): Подоль-ский филиал ЧПК).