

Ким Елена Александровна

магистрант

Кузма Левонас Прано

канд. психол. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»

г. Краснодар, Краснодарский край

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация: в статье рассматривается проблема нарушений памяти при разных клинических вариантах задержки психического развития. На основе анализа разных классификаций задержки психического развития выделены особенности структуры дефекта при разных её вариантах. Показано, что мнестическая деятельность имеет сложное психологическое строение и может по-разному нарушаться в зависимости от особенностей структуры дефекта при том или ином клиническом варианте задержки психического развития.

Ключевые слова: психический дизонтогенез, временная задержка развития, психический инфантилизм, астения, мнестическая деятельность, структура дефекта, функционально-динамические расстройства.

Задержка психического развития (ЗПР) относится к наиболее распространенной группе состояний психического дизонтогенеза. Изучение этой категории детей началось ещё в 30-е годы XX века. Так, в 1934 году в учебнике по детской психопатологии, написанном Н.И. Озерецким, было введено понятие задержанного темпа психического развития. В эти же годы проводились исследования состояний психического инфантилизма, относящихся к основным вариантам задержанного развития психики у детей.

В книге 1956 года, посвященной отбору детей во вспомогательные школы, была представлена первая классификация временных задержек развития у детей, разработанная М.С. Певзнер, Т.А. Власовой и С.С. Ляпидевским [7]. В этой классификации авторами были выделены первичная временная задержка психического развития, в основе которой была психическая незрелость прежде всего в эмоционально-волевой сфере (психический инфантилизм), а также вторичные задержки развития, возникающие вследствие церебрастении, алалии и нарушений слуха.

В 1965 году в третьем томе клинических лекций по психиатрии детского возраста Г.Е. Сухаревой была предложена новая классификация ЗПР [8]. К основным вариантам ЗПР Г.Е. Сухарева также относил состояния психического инфантилизма. С учётом этиопатогенетических и клинических особенностей автором были выделены гармонический и дисгармонические варианты инфантилизма. Под гармоническим понимался психофизический инфантилизм, характеризующийся относительно равномерным отставанием в психическом и физическом развитии, неосложненный какими-либо другими нарушениями. К дисгармоническому инфантилизму относились его варианты, осложненные формирующейся психопатией, негрубыми проявлениями психоорганического синдрома (органический инфантилизм), психоэндокринными нарушениями и задержкой темпа полового развития. В качестве причины ЗПР Г.Е. Сухарева также рассматривала педагогическую запущенность и нарушения поведения.

В.В. Ковалевым в 1979 году в руководстве по психиатрии детского возраста был предложен термин «пограничная интеллектуальная недостаточность» (ПИН) для обозначения интеллектуальных нарушений, занимающих промежуточное положение между интеллектуальной нормой и легкой умственной отсталостью [2]. На основе патогенетического принципа были выделены четыре группы ПИН. К первой группе были отнесены состояния ПИН, где на первый план выступали проявления дизонтогенеза по типу задержанного или искаженного развития. В частности, сюда были отнесены разные варианты неосложненного и осложненного психического инфантилизма, а также вариант ЗПР при

раннем детском аутизме. Ко второй группе были отнесены состояния ПИН, при которых преобладали проявления повреждения ЦНС (энцефалопатии): церебрастении со стойкими нарушениями учебных навыков, интеллектуальная недостаточность при церебральном параличе и алалии. Третью группу составили варианты вторичной ПИН при нарушениях слуха и зрения. В четвертую группу вошли состояния ПИН, связанные с микросоциальной запущенностью и недостаточностью воспитания.

В 1982 году в коллективной монографии, посвященной диагностике ЗПР, К.С. Лебединской в соответствии с этиопатогенетическим критерием были выделены конституциональные, соматогенные, психогенные и органические формы ЗПР [1]. При этом внутри каждой группы состояния дифференцировались с учетом клинико-психологической структуры нарушений, в частности, в зависимости от преобладания в структуре дефекта проявлений инфантилизма и астении, а также их особенностей. Так, конституциональная ЗПР была представлена вариантами неосложненного психического инфантилизма (простым психическим и психофизическим), при которых основу структуры дефекта составляет личностная незрелость, проявляющаяся у детей в младшем школьном возрасте в преобладании игровых интересов, гедонистической направленности поведения, слабой способности к волевым усилиям и т. д. Несколько приближена по структуре дефекта к конституциональной форме ЗПР была её психогенная форма, возникновение которой связывалось с негативными для развития личности ребенка вариантами воспитания по типу гипоопеки или гиперопеки.

Согласно К.С. Лебединской, при ЗПР соматогенного происхождения основной структурой дефекта является соматогенная астения, выступающая иногда в сочетании с соматогенным инфантилизмом, связанным с условиями воспитания соматически ослабленного ребенка. Нарушение познавательных процессов в таких случаях происходит вследствие недостаточности познавательной активности и волевой регуляции на фоне быстро нарастающего истощения.

Более сложная структура дефекта по сравнению с другими формами была описана при ЗПР органического генеза. К.С. Лебединской эта форма была пред-

ставлена двумя клиническими вариантами: органическим психическим инфантилизмом и органической (энцефалопатической) формой ЗПР с преобладанием нарушений познавательной деятельности. Первый вариант характеризовался преобладанием в структуре дефекта более выраженной (по сравнению с неосложненными вариантами инфантилизма) эмоционально-волевой незрелостью в сочетании с негрубой церебрастенией. При втором варианте в структуре дефекта отмечались более выраженные нарушения регулятивных функций (как контроля, так и планирования), трудности выполнения мыслительных операций, первичные нарушения гнозиса, праксиса и памяти.

Из анализа клинических классификаций ЗПР видно, что к ней относятся разные по механизму возникновения состояния, существенно различающиеся по структуре дефекта, с которой связаны особенности нарушения тех или иных познавательных процессов, в том числе памяти.

В отечественной психологии произвольное запоминание рассматривается как высшая психическая функция и сложная по своему строению психическая деятельность, в состав которой входят мотивационный, регулятивный, операционный и функционально-динамический компоненты. В нейропсихологических работах А.Р. Лурии была показана мозговая организация памяти как функциональной системы, в которой взаимодействуют различные зоны коры головного мозга и подкорковые образования, каждая из которых вносит свой специфический вклад [4]. С учетом роли этих структур в обеспечении мнестической деятельности и характера её нарушения в случаях их повреждения А.Р. Лурия выделял модально-неспецифические и модально-специфические расстройства памяти. В патопсихологических исследованиях Б.В. Зейгарник были описаны особенности нарушения мотивационного, операционного и динамического компонентов мнестической деятельности при разной психической патологии.

Согласно данным литературы, недостаточность мнестических функций относится к типичным проявлениям ЗПР. Вместе с тем механизмы нарушений мнестической деятельности при разных клинических вариантах ЗПР могут быть различными. Так, при неосложненных вариантах психического инфанти-

лизма нарушения мнестической деятельности возникают преимущественно вследствие первичной недостаточности её мотивационного и регулятивного компонентов. Для соматогенной ЗПР более характерны модально-неспецифические нарушения памяти вследствие повышенной психической истощаемости.

Более сложные механизмы нарушений мнестической деятельности выявляются при ЗПР органического генеза. Так, в исследовании, проведенном Н.Г. Поддубной, были отмечены трудности детей с ЗПР при заучивании материала в связи с ограниченностью объема памяти, низким уровнем устойчивости и точности запоминания, а также его замедленной скоростью [6]. Автором были выявлены у детей с ЗПР органического генеза трудности в установлении смысловых связей в материале, что позволило бы использовать их для успешного воспроизведения информации. На трудности запоминания информации детьми с ЗПР с опорой на смысловую память указывали в своих исследованиях В.Н. Лоскутова, Г.Н. Седельникова, а также З.И. Калмыкова [3].

Особенности нарушений памяти при разных клинических вариантах ЗПР органического генеза были отмечены в нейропсихологическом исследовании И.Ф. Марковской [1; 5]. Так, большинство детей (60%) с органическим психическим инфантилизмом обнаруживали недостаточность объема памяти при запоминании 10 слов. При выполнении других заданий также было отмечено, что успешность удержания и воспроизведения информации зависела от её объема. При выполнении заданий на запоминание у детей обнаруживались импульсивность, а также трудности сосредоточения вследствие истощаемости. Вместе с тем дети этой группы легко запоминали смысловые структуры. У детей второй группы (с преобладанием нарушений познавательной деятельности) были выявлены более выраженные нарушения памяти. Большинство детей этой группы (60%) не смогли воспроизвести более 7 из 10 слов. При этом при последующих попытках воспроизведения они называли не более 5 слов. Была отмечена повышенная тормозимость следов памяти при интерферирующих воздействиях.

Проведенный анализ литературы позволяет отметить, что характер и выраженность нарушений мнестической деятельности при ЗПП зависят от особенностей структуры дефекта её клинического варианта.

Список литературы

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982. – 125 с.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 560 с.
3. Лутонян Н.Г. Динамика мнемической деятельности у детей с задержкой психического развития / Н.Г. Лутонян // Тез. докл. IV Всесоюзных педагогических чтений. – М., 1976. – Т. 2. – С. 18–26.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2003. – 384 с.
5. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: клинико-нейропсихологическая диагностика / И.Ф. Марковская. – М.: Компенс-центр, 1993. – 198 с.
6. Поддубная Н.Г. Своеобразие процессов произвольной памяти у первоклассников с ЗПП / Н.Г. Поддубная // Дефектология. – 1980. – №4. – С. 31–36.
7. Принципы отбора детей во вспомогательные школы. – М.: Ин-т дефектологии, 1956. – 291 с.
8. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1–3 / Г.Е. Сухарева. – М.: Медгиз, 1965. – 337 с.