

Нейропсихологическая оценка клинических форм задержки психического развития: ретардированный и депривационный типы

Г.Р. Новикова,

старший научный сотрудник ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, кандидат психологических наук, gr_novikova@mail.ru

Предлагается новый подход к анализу состава сложной популяции детей с ЗПР, который позволяет соотнести психолого-педагогическую и клиническую терминологию в пределах обратимых форм отклонений возрастного психического развития. Он включает в себя многоосевую оценку клинической картины психических расстройств, системный нейропсихологический анализ состояния ВПФ (дифференцированная оценка степени сформированности ВПФ и оценка внутригрупповых особенностей состояния каждой функции) и сравнительный анализ профилей сформированности ВПФ при разных клинических формах ЗПР. Выделены нейропсихологические особенности системного строения ВПФ двух клинических форм ЗПР – ретардированной и депривационной. Показано сходство их психологической структуры, которое подтверждает закономерность выделения ЗПР как самостоятельного типа дизонтогенеза.

Ключевые слова: многоосевой анализ психических расстройств в детском возрасте, пограничные психические расстройства дизонтогенетического круга, ЗПР, системная нейропсихологическая оценка ВПФ.

Задержка психического развития (ЗПР) рассматривается как нарушение темпа всего психического развития при наличии значительных потенциальных возможностей. Задержка психического развития – временное нарушение развития, которое корригируется тем раньше, чем благоприятнее условия развития ребенка. Психолого-педагогические исследования, выявляя специфичность психологической структуры данного типа дизонтогенеза, свидетельствуют о разбросе показателей степени выраженности психических расстройств, о разнообразии особенностей индивидуальных проявлений психической деятельности, о различной возрастной динамике психического развития. Клинические исследования также указывают на то, что задержки психического развития – это гетерогенная группа состояний в отношении этиологии, патогенетических механизмов, клинко-психопатологической структуры дефекта, клинических проявлений и прогноза. Наряду с обратимыми состояниями, которые

являются ядром этой группы, в ее состав входят более стойкие, менее корригируемые отклонения, относящиеся к аномальному развитию.

Для обозначения довольно широкого спектра переходных состояний и функциональных отклонений от нормы в клинической психиатрии было введено понятие «пограничные психические расстройства» [1; 2]. В круг пограничных психических расстройств (ППР) в детском возрасте включают клинически выраженные функционально-динамические психические расстройства, нарушения темпа возрастного психического развития, нарушения личностного реагирования с проявлениями средовой психической дезадаптации.

На современном этапе диагностические критерии психических расстройств опираются на систематику по уровням (или регистрам, осям) [4; 11]. Эти регистры охватывают все основные отклонения, специфические для возраста: регистр психопатологический, регистр дизонтогенетический (т. е. нарушений возрастного развития), регистр личностных расстройств и нарушений поведения. *В этом контексте можно говорить о тождественности психолого-педагогического и клинического терминов в пределах обратимых форм отклонений возрастного психического развития: ППР дизонтогенетического регистра и ЗПР как нарушение темпа всего психического развития, как временное нарушение развития.*

С опорой на клинико-психопатологический и клинико-статистический анализ ведущих психопатологических симптомокомплексов, а также патобиологических и психосоциальных факторов развития у детей 6–9 лет, посещающих образовательное учреждение компенсирующего вида, были выделены следующие типы ППР дизонтогенетического регистра [14; 15]:

ретардированный тип. Обусловлен нарушением темпа созревания функциональной недостаточностью психофизиологических систем, которые в онтогенезе формируются наиболее поздно. Характер психопатологических проявлений указывает либо на врожденно-конституциональную этиологию этого типа, либо на связь с негрубыми обменно-трофическими расстройствами во внутриутробный период или в первые годы жизни ребенка;

тип «церебральная альтерация». Обусловлен ранним органическим поражением головного мозга, выступающим как определенная органическая предрасположенность или «патологическая почва»;

депривационный тип. Связан с длительным психогенно-стрессовым воздействием, которое преимущественно включает различные формы семейной депривации.

Сохраняет актуальность проблема общих и специфических закономерностей развития психики детей с ЗПР, решение которой предполагает сопоставление различных клинических вариантов рассматриваемого типа нарушенного развития [3; 5; 6; 7]. Одним из адекватных методов клинико-психологической квалификации отклоняющего онтогенеза является системный нейропсихологический анализ высших психических функций (ВПФ). В то же время

имеющиеся нейропсихологические исследования состояния ВПФ у детей с ЗПР посвящены нарушениям развития церебрально-органического генеза [8; 9; 10; 13].

Описываемое ниже исследование проводилось на базе Государственного образовательного учреждения компенсирующего вида «Начальная школа – детский сад» для детей с ЗПР г. Москвы. Клинико-нейропсихологическому обследованию было подвергнуто 169 детей: 144 ребенка с нарушениями психического развития и 25 нормально развивающихся учеников начальных классов общеобразовательной школы, которые составили контрольную группу. Экспериментальная группа состояла из 98 детей (58 мальчиков и 40 девочек) в возрасте 7–8 лет; а также 46 детей (26 мальчиков и 20 девочек) в возрасте 8–9 лет; в контрольную группу входили 25 детей (12 мальчиков и 13 девочек) в возрасте 7–8 лет.

Дифференцированный анализ ведущих клинико-психопатологических симптомокомплексов отдельных форм ППР дизонтогенетического регистра, который опирался на многоосевую клинико-психологическую диагностику с использованием данных комплексного междисциплинарного обследования и методов клинико-статистического анализа, позволил распределить детей на три группы: ретардированный тип – 76 детей, тип «церебральная альтерация» – 30 детей, депривационный тип – 38 детей.

Далее мы приведем данные нейропсихологической оценки двух клинических форм ЗПР – ретардированной и депривационной.

Ниже перечислены нейропсихологические пробы и методики, использованные в процессе обследования:

1. Пробы на зрительный предметный гнозис.
2. Различение ритмических последовательностей.
3. Воспроизведение ритмических последовательностей.
4. Реципрокная координация движений.
5. Воспроизведение графического ряда из двух сменяющихся звеньев.
6. Проба «перебор пальцев».
7. Воспроизведение позы пальцев.
8. Пробы Хэда.
9. Складывание по образцам пространственно организованных структур.
10. Условные двигательные реакции.
11. Проба Кооса.
12. Заучивание 10 слов.
13. Исследование речевой моторики.
14. Исследование фонематического слуха.
15. Проба на понимание логико-грамматических конструкций.
16. Пересказ текста, составление рассказа по сюжетной картинке.

17. Чтение.
18. Письмо.
19. Счетные операции.
20. Решение арифметических задач.

Была разработана 5-балльная шкала оценки результатов тестирования:

5 баллов – ВПФ интериоризированы, недостаточность структурных компонентов не выявляется;

4 балла – структурно сложившиеся ВПФ недостаточно автоматизированы. Слабая регуляция деятельности проявляется в дефектности реализации программ; страдает интеграция сенсорных и моторных элементов в единые автоматизированные динамические системы, а с усложнением деятельности – прочность и устойчивость регулирующей роли программ;

3 балла – ВПФ не сформированы по функционально-динамическому типу. Слабость компонентного состава проявляется в зависимости от сложности функциональных систем, реализующих ВПФ, в виде: а) признаков модально-неспецифических расстройств нейродинамики, б) недостаточной произвольности и целенаправленности психической деятельности, в) задержки формирования процессов интеграции анализаторных систем, г) слабости функции планирования собственных действий при усложнении деятельности;

2 балла – при усложнении деятельности проявляется стойкая несформированность ВПФ;

1 балл – структурные компоненты ВПФ отличаются дефицитностью, которая не компенсируется в условиях эксперимента.

Предложенная система качественно-количественной оценки состояния ВПФ отражает уровень сформированности психических процессов. Объектами оценки являются: сформированность структурных компонентов, которые были выделены в соответствии с проявлениями нейропсихологических факторов; степень интериоризации ВПФ. Указанные параметры позволяют учитывать, во-первых, динамику становления функции – от развернутых, осознанных, произвольных познавательных действий до автоматизации психических операций и формирования умственного навыка, а во-вторых – сохранность компонентной структуры ВПФ.

Действие нейропсихологических факторов, затрудняющих ее формирование, различалось по двум типам: по функционально-динамическому типу и по типу недоразвития, которое выявляется при усложнении деятельности.

Помимо того, что данная система оценки состояния ВПФ отражает степень выраженности недостатка, она реализует принцип динамики возрастного развития и принцип выявления потенциальных возможностей компенсации отклонений у обследуемых детей.

В дополнение к дифференцированной оценке степени сформированности ВПФ (1, 2, 3, 4, 5 баллов) были использованы следующие показатели:

- особенности распределения индивидуальных данных о степени сформированности каждой исследуемой ВПФ во внутригрупповом континууме результатов обследования;

- совокупный показатель, отражающий частоту встречаемости признаков сформированности/ несформированности компонентов структуры отдельных ВПФ (регуляционных, нейродинамических, частных модально-специфических) в общегрупповой нейропсихологической картине (Е). Е1 – преобладание признаков одного из этапов интериоризации структурно сложившихся психических процессов, Е2 – преобладание признаков несформированности психических процессов;

- сравнительный анализ профилей сформированности ВПФ при разных видах ЗПР.

Нейропсихологическая картина состояния ВПФ у детей **группы «норма»** характеризуется компактным распределением индивидуальных показателей степени сформированности ВПФ во внутригрупповом континууме данных обследования, а именно в зоне сформированности структуры психических процессов (Е1) с преобладанием признаков интериоризации (5 баллов) (диаграмма 1, табл. 1).

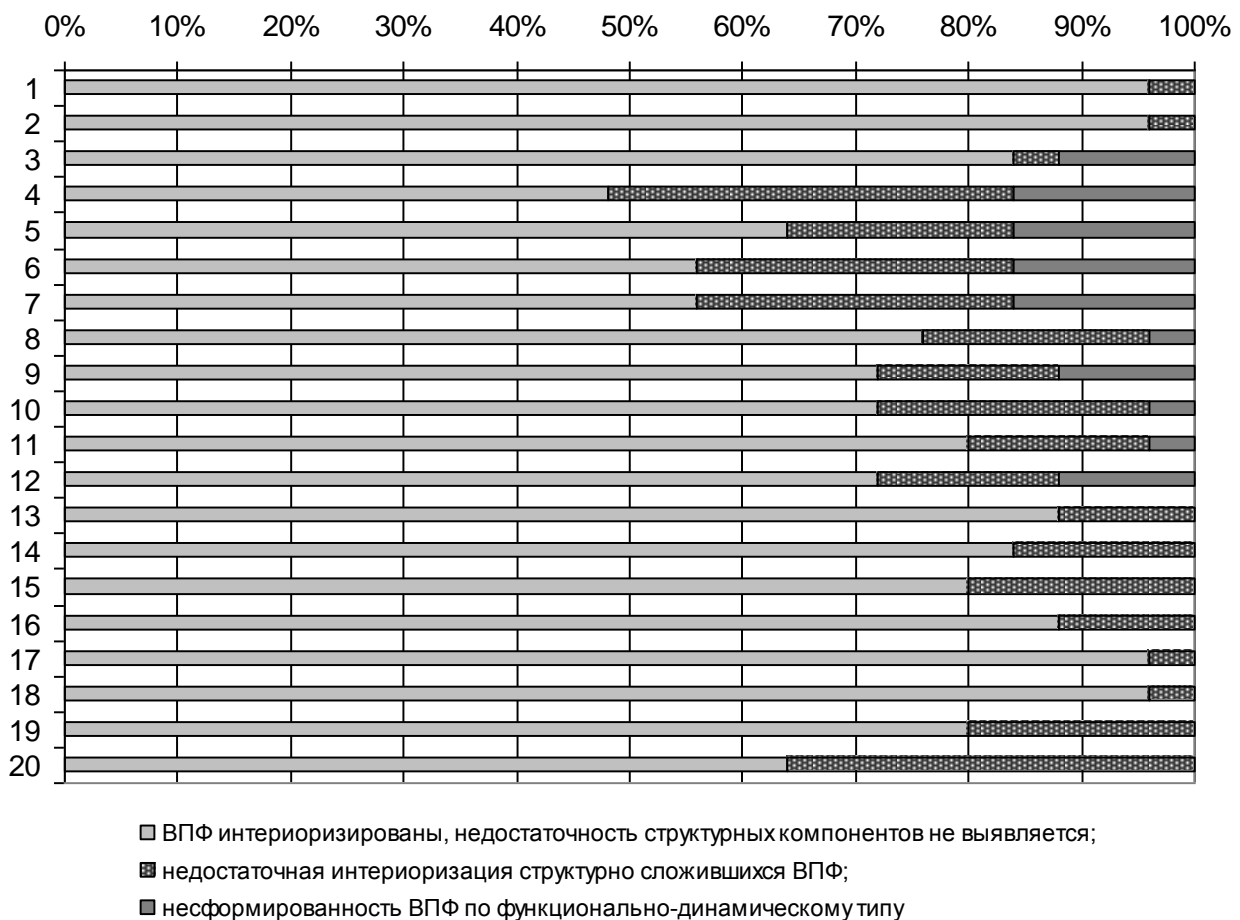


Диаграмма 1. Частота встречаемости (%) показателей степени сформированности ВПФ в контрольной группе (группа «норма»). №№ 1–20 на диаграмме соответствуют номерам нейропсихологических проб и методик, перечисленных выше

Трудности реализации программ (4 балла) выявлялись при выполнении всех заданий. Наиболее часто подобные случаи отмечались при исследовании кинетико-кинестетических основ двигательного акта (проба №4; проба №5; проба №6; проба №7), зрительно-пространственного праксиса (проба №8), условных двигательных реакций (проба №10), понимания инвертированных вариантов флективных и сравнительных логико-грамматических конструкций (проба №15), устного счета с переходом через десяток (проба №19), решения арифметических задач (проба №20). Дети правильно выполняли задания, но в медленном темпе, повторяли инструкцию, прибегали к речевому опосредованию процесса планирования собственных действий.

Таблица

Сравнение совокупных внутригрупповых показателей, отражающих сформированность исследованных ВПФ в контрольной группе и при ЗПР по типу ретардации и депривации

Пробы	Группа «норма» (n=25 чел.)					ЗПР по ретардированному типу (n=76 чел.)					ЗПР по депривационному типу (n=38 чел.)				
	E1		E2		F	E1		E2		F	E1		E2		F
	Чел.	%	Чел.	%		Чел.	%	Чел.	%		Чел.	%	Чел.	%	
1	25	100	-	-	-	66	87	10	13	p≤0,001	33	86	5	14	p≤0,001
2	25	100	-	-	-	57	75	19	25	p≤0,001	28	74	10	26	p≤0,001
3	22	88	3	12	p≤0,001	50	66	26	34	p≤0,001	24	63	14	37	p=0,04
4	21	83	4	17	p≤0,001	42	55	34	45	-	20	53	18	47	-
5	21	83	4	17	p≤0,001	45	59	31	41	p=0,03	22	58	16	42	-
6	21	83	4	17	p≤0,001	50	66	26	34	p≤0,001	24	63	14	37	p=0,04
7	21	83	4	17	p≤0,001	45	60	31	40	p=0,03	21	55	17	45	-
8	24	94	1	6	p≤0,001	38	50	38	50	-	17	45	21	55	-
9	22	88	3	12	p≤0,001	41	54	35	46	-	19	50	19	50	-
10	24	94	1	6	p≤0,001	41	54	35	46	-	20	53	18	47	-
11	24	94	1	6	p≤0,001	47	62	29	38	p=0,006	22	58	16	42	-
12	22	88	3	12	p≤0,001	47	62	29	38	p=0,006	22	58	16	42	-
13	25	100	-	-	-	63	83	13	17	p≤0,001	31	82	7	18	p≤0,001
14	25	100	-	-	-	60	79	16	21	p≤0,001	29	76	9	24	p≤0,001
15	25	100	-	-	-	51	67	25	33	p≤0,001	25	66	13	34	p=0,01
16	25	100	-	-	-	48	63	28	37	p=0,002	24	63	14	37	p=0,04
17	25	100	-	-	-	59	78	17	22	p≤0,001	29	76	9	24	p≤0,001
18	25	100	-	-	-	56	74	20	26	p≤0,001	28	74	10	26	p≤0,001
19	25	100	-	-	-	46	61	30	39	p=0,01	22	58	16	42	-
20	25	100	-	-	-	45	59	31	41	p=0,03	21	56	17	44	-
Σ	0,94		0,06		p≤,001	0,66		0,34		p≤0,001	0,63		0,37		p≤0,001

Примечание. Номера проб те же, что в диаграмме 1.

Таким образом, возрастные особенности состояния ВПФ у детей 6–9 лет заключаются в том, что произвольные движения и действия и оперирование логическими отношениями на символическом «квазипространственном» уровне не достигают полной автоматизации, т. е. остаются осознанными, произвольными, опосредованными речью.

Отмечались единичные случаи несформированности психических функций по функционально-динамическому типу (3 балла) при исследовании произвольных движений (пробы №№3–10), слухоречевой памяти (проба №12), наглядного мышления (проба №11).

Случаи стойкой несформированности ВПФ (2 балла) в группе нормально развивающихся учащихся не выявлялись.

При ЗПР по типу ретардации и депривации наблюдалось сходство в структурно-функциональной организации ВПФ, степени выраженности отклонений и характере распределения индивидуальных данных во внутригрупповом континууме (диаграммы 2, 3, табл. 1).

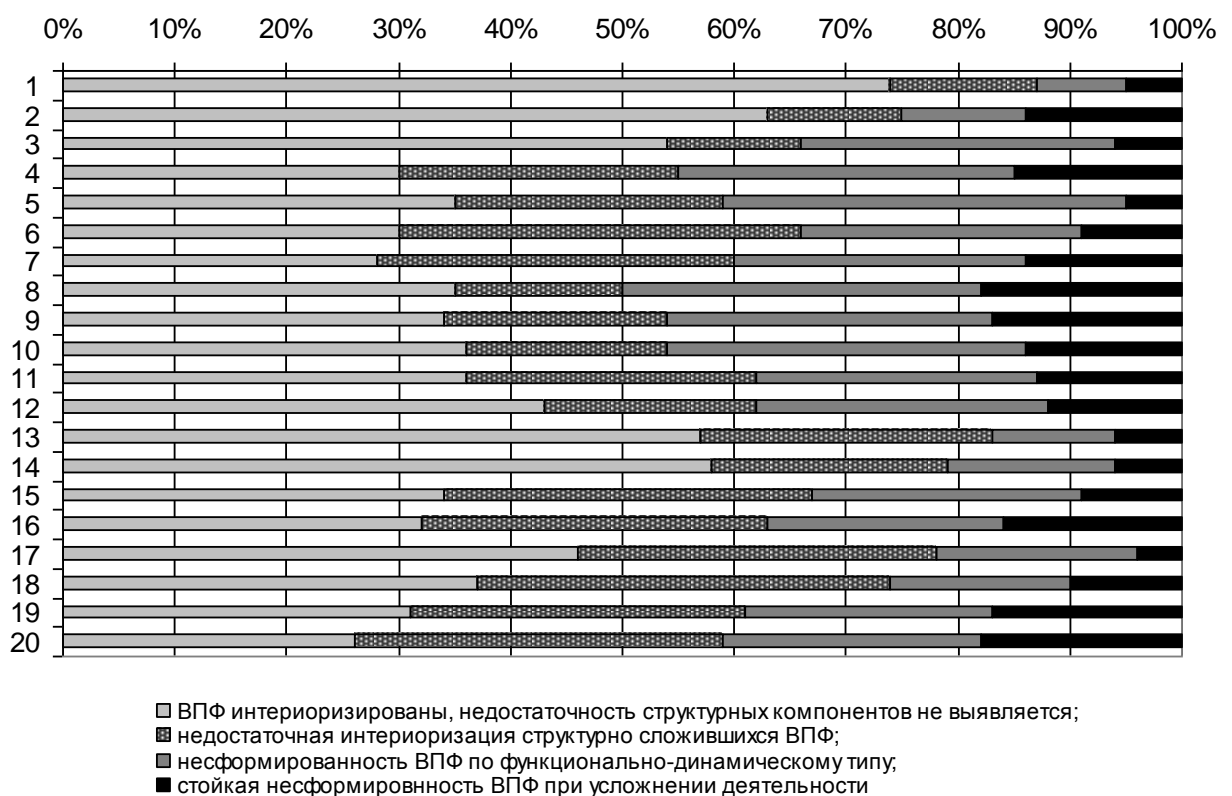


Диаграмма 2. Частота встречаемости (%) показателей степени сформированности ВПФ при ЗПР по типу ретардации. Номера нейропсихологических проб и методик те же, что на диаграмме 1

Результаты нейропсихологического обследования детей этих двух групп ЗПР позволяют говорить о неравномерной сформированности ВПФ. Выявлена группа психических процессов,

которые в большинстве случаев характеризовались сформированностью всех структурных компонентов (E1) с преобладанием признаков интериоризации (5 баллов): зрительный предметный гнозис (проба №1), акустический гнозис (проба №2), слухо-моторные координации (проба №3), кинетико-кинестетические основы речи (проба №13), фонематический слух (проба №14), произвольная слухоречевая память (проба №12), навыки чтения (проба №17).

Индивидуальные показатели степени сформированности других психических процессов распределялись во внутригрупповом континууме экспериментальных данных, что затрудняло выделение ведущего уровня сформированности ВПФ. Только совокупный показатель свидетельствует о том, что в общегрупповой нейропсихологической картине достоверно преобладают признаки различных этапов автоматизации структурно сложившихся психических процессов ($E1 > E2$). Это касалось произвольных движений (пробы №№5–7 на кинетико-кинестетические основы праксиса) и процессов с включением интеллектуальных действий (наглядное мышление – проба №11, понимание логико-грамматических конструкций – проба №15, пересказ текста и составление рассказа по сюжетной картинке – проба №16, письмо – проба №18, счет – проба №19, решение арифметических задач – проба №20).

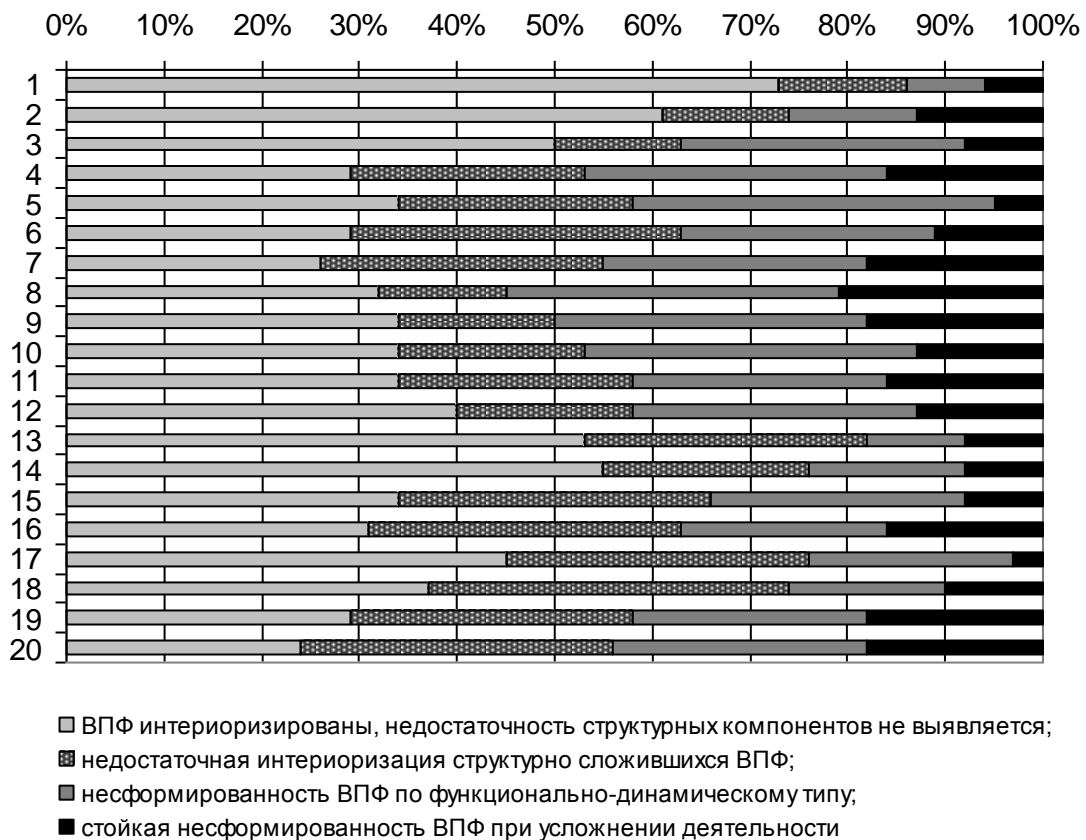


Диаграмма 3. Частота встречаемости (%) показателей степени сформированности ВПФ при ЗПР по типу депривации. Номера нейропсихологических проб и методик те же, что на диаграмме 1

Недостаточность различных ВПФ проявлялась в следующих признаках:

- медленный темп и акцентированная произвольность при выполнении двигательных последовательностей, недостаточная точность и координированность движений при сохранении схемы движения, неустойчивость регулирующей функции усвоенных двигательных программ;

- сокращение ориентировочно-исследовательского этапа при решении задач на наглядное мышление;

- трудности понимания инвертированных вариантов флективных и сравнительных логико-грамматических конструкций;

- нестойкие литеральные параграфии при написании слов со сложной слоговой структурой;

- ограниченность словарного запаса, единичные аграмматизмы, нестойкие литеральные и вербальные парафазии в сочетании с развернутостью, последовательностью, смысловой адекватностью рассказа;

- ошибки в счетных операциях при усложнении заданий – счете с переходом через десяток, устном счете;

- импульсивные реакции на фрагмент условия арифметической задачи, трудности понимания логико-грамматической структуры задачи, особенно с косвенной формулировкой.

В более простых заданиях дети самостоятельно контролировали и корректировали ошибки, при затруднениях активно использовали опосредующие деятельность приемы. По мере усложнения заданий обнаруживала свою эффективность помощь в виде акцентирования внимания ребенка, формирования у него мотивации на обследование, замедления темпа выполнения заданий, использования приемов, укрепляющих программу деятельности (включение речевых команд в процесс реализации деятельности; применение внешних практических действий, опосредующих анализ воспринимаемой ситуации; повторное воспроизведение инструкции или задаваемого образца).

Реципрокная координация движений (проба №4) и двигательные программы с перешифровкой наглядно воспринимаемого образца (условные двигательные реакции, пробы Хэда, задания на конструктивный праксис – пробы №№8–10) – функции, в сформированности которых не удалось выделить ведущего уровня ($E1=E2$). Почти в половине случаев отмечалась истощаемость психического процесса. Она наступала после периода правильного выполнения задания и проявлялась в виде дискоординации движений, упрощения программы

деятельности по типу эхопраксий или персевераций, зеркального копирования образца при усложнении наглядно воспринимаемых пространственных структур, предполагающих мысленную «перешифровку». В то же время остальные дети успешно справлялись с заданиями, лишь в отдельных случаях выполняя их в замедленном темпе.

Сравнение состояния ВПФ при двух клинических формах ЗПР – ретардированной и депривационной – показывает, что профили сформированности ВПФ аналогичны (рис.). Выделяются ВПФ с наиболее высокой частотой встречаемости показателей сформированности: предметный зрительный и акустический гнозис (пробы №1, №2), кинетико-кинестетические основы речи (проба №13), фонематический слух (проба №14), навыки чтения и письма (пробы №17, №18). У остальных ВПФ диапазон колебаний частоты встречаемости показателей сформированности невелик, однако и среди них можно выделить наименее сформированные функции: произвольные движения и действия, в первую очередь, реципрокная координация движений (проба №4) и двигательные программы с перешифровкой наглядно воспринимаемого образца – оптико-пространственный и конструктивный праксис, условные двигательные реакции (пробы №8, №9, №10).

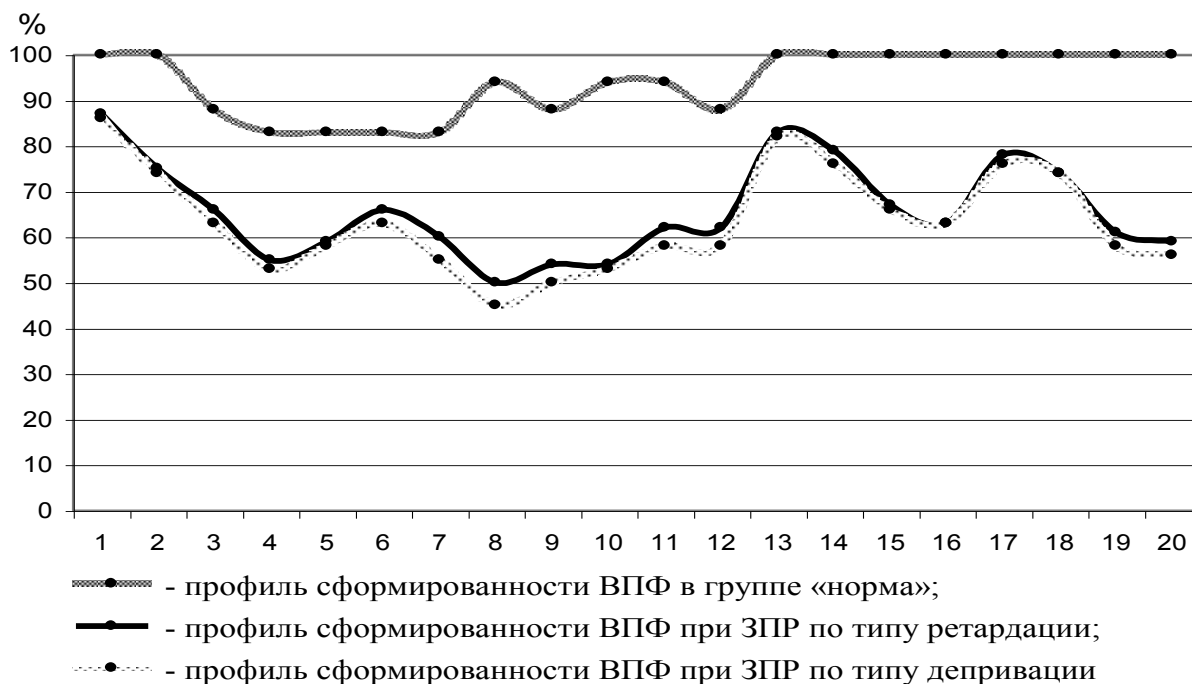


Рис. Частота встречаемости (%) показателей сформированности ВПФ (совокупный показатель E1) у детей с разными типами ЗПР и нормально развивающихся сверстников. Номера проб те же, что и на диаграмме 1

В контрольной группе (нормально развивающиеся дети) относительно некоторых ВПФ наблюдаются схожие тенденции: лучше всего сформированы сенсорно-перцептивные функции, сенсомоторные основы речи, навыки чтения и письма, а хуже всего – произвольные движения и действия. Своеобразие внутригруппового профиля контрольной группы заключается в значительном сокращении амплитуды колебаний между наибольшим и наименьшим уровнем сформированности ВПФ и в высоком уровне сформированности речемыслительной деятельности (понимание логико-грамматических конструкций – проба №15, пересказ текста и составление рассказа по сюжетной картинке – проба №16, счетные операции – проба №19, решение арифметических задач – проба №20).

Как показало наше исследование, нейropsychологическая картина состояния ВПФ у детей в возрасте 6–9 лет характеризуется разнообразием индивидуальных проявлений сформированности ВПФ как при нормальном онтогенезе, так и при ЗПР. У нормально развивающихся детей пределы вариативности показателей степени сформированности ВПФ определяются, как правило, неполной интериоризацией структурно сложившихся психических процессов и этапностью в формировании внутренних умственных действий. Неравномерная сформированность ВПФ, отражающая последовательность в развитии психических функций, проявляется в недостаточной сформированности произвольных движений и действий и речемыслительной деятельности, что соответствует возрастным особенностям состояния этих функций.

При ЗПР по типу ретардации и депривации структурно-функциональная организация ВПФ в большинстве случаев характеризуется сформированностью состава звеньев функциональных систем. Разброс индивидуальных показателей степени сформированности ВПФ зависит от характера функциональных систем, осуществляющих их реализацию. Наиболее низкими были показатели сформированности кинетико-кинестетических основ произвольных движений и действий и видов деятельности, в наибольшей мере – произвольных, включающих интеллектуальные действия. К ним относятся двигательные программы, предполагающие перешифровку зрительно воспринимаемого образца (условные двигательные реакции, оптико-пространственный и конструктивный праксис), наглядное мышление, понимание инвертированных флективных и сравнительных логико-грамматических конструкций, пересказ текста и составление рассказа по сюжетной картинке, письмо и чтение слов сложного слогового состава, счет с переходом через десяток, решение арифметических задач. Показатели сформированности предметного зрительного и акустического гнозиса, слухо-моторных координаций, кинетико-кинестетических компонентов речи, фонематического слуха, произвольного запоминания ряда слов, понимания простых логико-грамматических конструкций, навыков чтения коротких текстов, письма немногосложных слов и коротких

фраз, представлений о составе числа, счетных операций в пределах первого десятка приближались к норме.

Нейропсихологические особенности формирования ВПФ при данных клинических формах ЗПР проявляются в недостаточности регуляторных процессов на этапе реализации программ. В разных психических функциях преимущественно страдала консолидация отдельных сенсорных и моторных элементов в единые автоматизированные динамические системы (включая и сенсомоторные компоненты речи), а при усложнении деятельности – устойчивость, прочность регулирующей роли программ, самостоятельный контроль и коррекция ошибок, которые преодолевались общей организацией произвольного поведения ребенка.

Сравнительный анализ результатов обследования детей с ЗПР по типу ретардации и депривации с нормативными данными выявил сходство в нейропсихологической картине состояния ВПФ: основные проявления несформированности психических функций связаны с недостаточностью нейропсихологических факторов произвольной регуляции психической деятельности и серийной организации двигательных актов. При этом у детей этих двух групп ЗПР отмечается бóльшая частота встречаемости и выраженность отклонений, затронут более широкий круг психических функций. Отклонения носят функционально обратимый характер и могут быть обусловлены задержкой темпа формирования отделов третьего структурно-функционального блока мозга: премоторных, префронтальных конвекситальных отделов коры лобных долей.

Сходство психологической структуры анализируемых клинических вариантов ЗПР, которое проявляется в соотношении уровней сформированности всех исследуемых ВПФ (профили сформированности ВПФ), подтверждает закономерное выделение ЗПР как самостоятельного типа дизонтогенеза.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М, 2000.
2. Гиндикин В.Я. Очерки истории пограничной советской психиатрии. М., 2007.
3. Глоба Н.В. Особенности когнитивной децентрации у младших школьников с задержкой психического развития // Психологическая наука и образование. 2007. № 2.
4. Гурьева В.А., Макушкин Е.В. Введение в подростковую судебную психиатрию // Медицинская и судебная психология: Учеб. пособие / Под. ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М., 2004.
5. Захарова А.В. Профили обучаемости детей-сирот с задержкой психического развития как условие формирования психологической готовности к обучению в школе // Психологическая наука и образование. 2009. № 3.

6. *Лубовский В.И.* Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Специальная психология. 2008. № 1(15).
7. *Лубовский В.И.* Почему необходим новый подход к дифференциальной психодиагностике? // Специальная психология. 2009. № 3(21).
8. *Манелис Н.Г.* Формирование высших психических функций у детей с задержанным вариантом отклоняющегося развития: нейропсихологический анализ // Школа здоровья. 2001. №2.
9. *Марковская И.Ф.* Задержка психического развития (Клинико-нейропсихологическая диагностика). М., 1993.
10. *Меликян З.А.* Особенности переработки зрительно-пространственной информации у детей в норме и с задержкой психического развития: Дис. ...канд. психол. наук. М., 2002.
11. *Многоосевая* классификация психических расстройств в детском возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М., СПб., 2003.
12. *Пылаева Н.М.* Опыт нейропсихологического исследования детей 5 – 6 лет с задержкой психического развития // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14: Психология. 1995. №3.
13. *Фотекова Т.А.* Состояние вербальных и невербальных функций при общем недоразвитии речи и задержки психического развития: нейропсихологический анализ: Дис. ...д-ра психол. наук. М., 2003.
14. *Шалимов В.Ф.* Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007.
15. *Шалимов В.Ф., Вострокнутов Н.В., Новикова Г.Р.* Медико-социальное сопровождение детей с пограничными психическими расстройствами в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида // Психологическая наука и образование. 2007. № 2.

Neuropsychological evaluation of clinical forms of delayed mental development: retarded and deprived types

G.R. Novikova,

*senior research officer, Moscow Serbsky Institute for Social and Forensic Psychiatry,
Ph.D. gr_novikova@mail.ru*

The contribution proposes a new approach to analysis of the composition of a complex population of children with mental retardation which allows to relate psychological-pedagogical and clinical terminology within the reversible forms of deviations of age-related mental development. It includes multi-axial evaluation of the clinical picture of mental disorders, systematic neuropsychological analysis of the state of higher mental functions (differentiated evaluation of the higher mental functions maturity level and evaluation of intra-group peculiarities of each function's condition) and comparative analysis of the higher mental functions maturity profiles in different clinical forms of mental retardation. The article distinguishes neuropsychological peculiarities of the higher mental functions system structure of the two clinical forms of mental retardation – retarded and deprived. It shows the similarity of their psychological structure which confirms the legitimate identification of mental retardation as an independent type of psychological development disorder.

Keywords: multi-axial analysis of mental disorders in childhood, reversible (non psychotic) psychological disorders of dysontogenetic range, mental retardation, systematic neuropsychological evaluation of higher mental functions.

References

1. *Aleksandrovskii Yu.A.* Pogranichnye psichicheskie rasstroistva. M, 2000.
2. *Gindikina V.Ya.* Ocherki istorii pogranichnoi sovetskoi psichiatrii. M., 2007.
3. *Globo N.V.* Osobennosti kognitivnoi decentracii u mladshih shkol'nikov s zaderzhkoi psichicheskogo razvitiya // Psichologicheskaya nauka i obrazovanie. 2007. № 2.
4. *Gur'eva V.A., Makushkin E.V.* Vvedenie v podrozkovuyu sudebnuyu psichiatriyu // Medicinskaya i sudebnaya psichologiya: Ucheb. posobie / Pod. red. T.B. Dmitrievoi, F.S. Safuanova. M., 2004.
5. *Zaharova A.V.* Profili obuchaemosti detei-sirot s zaderzhkoi psichicheskogo razvitiya kak uslovie formirovaniya psichologicheskoi gotovnosti k obucheniyu v shkole // Psichologicheskaya nauka i obrazovanie. 2009. № 3.

6. *Lubovskii V.I.* Obshie i specificheskie zakonomernosti razvitiya psihiki anomal'nyh detei // Special'naya psihologiya. 2008. № 1(15).
7. *Lubovskii V.I.* Pochemu neobhodim novyi podhod k differencial'noi psihodiagnostike? // Special'naya psihologiya. 2009. № 3(21).
8. *Manelis N.G.* Formirovanie vysshih psihicheskikh funktsii u detei s zaderzhannym variantom otklonyayushegosya razvitiya: neiropsihologicheskii analiz // Shkola zdorov'ya. 2001. ¹2.
9. *Markovskaya I.F.* Zaderzhka psihicheskogo razvitiya (Kliniko-neiropsihologicheskaya diagnostika). M., 1993.
10. *Melikyan Z.A.* Osobennosti pererabotki zritel'no-prostranstvennoi informatsii u detei v norme i s zaderzhkoi psihicheskogo razvitiya: Dis. kand. psihol. nauk. M., 2002.
11. *Mnogoosevaya* klassifikatsiya psihicheskikh rasstroistv v detskom vozraste. Klassifikatsiya psihicheskikh i povedencheskikh rasstroistv u detei i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10. M., SPb., 2003.
12. *Pylaeva N.M.* Opyt neiropsihologicheskogo issledovaniya detei 5 i 6 let s zaderzhkoi psihicheskogo razvitiya // Vestnik Mosk. un-ta. Ser. 14: Psihologiya. 1995. №3.
13. *Fotekova T.A.* Sostoyanie verbal'nyh i neverbal'nyh funktsii pri obshem nedorazvitiy rechi i zaderzhki psihicheskogo razvitiya: neiropsihologicheskii analiz: Dis. k d-ra psihol. nauk. M., 2003.
14. *Shalimov V.F.* Mediko-social'naya pomosh' detyam mladshogo shkol'nogo vozrasta s pogranychnymi psihicheskimi rasstroistvami: Avtoref. dis. k d-ra med. nauk. M., 2007.
15. *Shalimov V.F., Vostroknutov N.V., Novikova G.R.* Mediko-social'noe soprovozhdenie detei s pogranychnymi psihicheskimi rasstroistvami v usloviyah obrazovatel'nogo uchrezhdeniya kompensiruyushogo vida // Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. 2007. № 2.