

## РЕДАКТОРСКАЯ КОЛОНКА: Поговорим о терминах

Время от времени специалисты начинают задумываться над вопросами своего терминологического аппарата. Непорядок в языке науки не способствует взаимопониманию.

### Задержка психического развития: исчезающая реальность?

*«Из всего, что есть на земле, определения — наибольшее бедствие. Давая определение, вы можете подвести под него тысячу вещей, которые не имеют с ним ни малейшей связи».*

*Джон Хантер*

Просматривая недавно через Интернет номера «Школьного психолога» за прошлые годы наткнулся на статьи, где шло обсуждение вопросов дефектологии и задержки психического развития (ШП № 45, 1999: Н. Назарова «После дефектологии» и Л. Кузнецова «Проблемы специальной психологии»).

#### Ничто не ново...

В психиатрии уже были периоды, когда из нее исчезали целые группы нозологических единиц. Альдонисты делили всех душевнобольных просто: на параличных, эпилептиков, имбециликов. Потом психиатры, в частности, Э. Крепелин, стали выделять и классифицировать отдельные формы заболеваний.

Основатель психоанализа З. Фрейд разделил эпилептиков на собственно больных эпилепсией и им подражающих истериков. А потом вообще взял да и отменил все психозы. Для него моделью психического расстройства любого типа был истерический невроз. В результате появилась группа сплошных неврозов. Это психоневрозы (конверсивная истерия, фобическая истерия, невроз навязчивых состояний), актуальные неврозы (неврастенический, фобический, ипохондрия), нарцисстические неврозы (шизофрения, паранойя, меланхолия). От «потери» психозов психиатрия легко оправилась, так как эта типология была камерной, разделяемой лишь одной группой психиатров. Не все неврозы оказались подвластны всеобъясняющему психоанализу, да и большинство известных европейских психиатров не разделяли теории фрейдизма.

С моральной дефективностью операция исключения произошла без особого сожаления. Правда, здесь уже потрудились наши специалисты: П. П. Блонский, Л. С. Выготский. Нозологическая единица, не имеющая под собой клинического обоснования, легко исчезла из лексикона психиатрии и психологии.

Совсем не заметили клиницисты и психологи, как исчез из нозологии «детский примитивизм», а с ним и серия работ А. Е. Петровой по этой тематике. И здесь «отряд не заметил потери бойца». Социальная действительность не требовала высокого и утонченного интеллекта. Да и сами термины «интеллект» и «интеллектуальный тест» стало небезопасно произносить. Главное же — это господство лысенковского подхода, и ныне не искорененного из отечественной педагогики. А почему «не искорененного»? Наоборот, именно сегодня он цветет буйно и бурно. Дифференциация детей по внешним признакам — по успешности усвоения материала — наследие альдонизма, а создание для них разных условий в рамках единой системы — это уже лысенковщина в чистом виде.

Было время, когда феномен «внимание» пытались исключить из психологии. Однажды исчезла афазия. Даже шутка появилась: «Нет афазии, есть афазики».

### **Что нами сделано с «задержкой»?**

Сегодня исчезает задержка психического развития (ЗПР). Как известно, эта группа состояний встречается значительно чаще, чем олигофрении. В данном случае речь идет не о необратимом недоразвитии психики, а о замедлении темпа ее развития. ЗПР выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, над определяемыми социальной ситуацией развития, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности, эмоциональной незрелости.

Ее нет в Международной статистической классификации болезней, но она осталась в сознании педагогов. Она осталась и у психологов. Те выглядят своеобразными мамонтами, поскольку пытаются обосновать свои заключения по старинке. Хотя, для части из них это дало возможность не очень задумываться при формулировании своих диагностических заключений. Как ни странно, но количество работ (и их авторов) по классификации, дифференциальной диагностике и разграничению ЗПР возросло именно в последний период. Зато педагоги получили возможность ставить диагноз налево и направо. Но больше всего выиграли финансисты муниципальных управлений образования. Если еще недавно их обвиняли в нарушении прав детей и педагогов из-за увеличения наполняемости классов и за отказ открывать такие классы, то сейчас нет. Нет средств, чтобы создавать классы для детей неизвестной категории.

Хотя, если вернуться к Международной статистической классификации заболеваний, собственно какое дело психологии до того выделяют или нет что-либо врачи-психиатры и неврологи? Почему заключение психолога должно копировать диагноз врача? Спор о терминах в психологии — весьма старый спор.

Так есть она или нет эта самая ЗПР? Прежде всего, что это за состояние было плохо известно даже многим детским психиатрам. Что уж говорить о психологах.

Не было единства и среди ученых, как клиницистов, так и психологов.

Одни располагали ЗПР на кривой распределения интеллекта между нормой и олигофренией. Также просто подходили и к психологической диагностике: взяли тест Д. Векслера, предъявили ребенку и через час—полтора заключение готово.

Другие, в частности Т. А. Власова и М. С. Певзнер, рассматривая ЗПР как особую форму нарушения развития, выделяли среди них первичные и вторичные. Они считали обязательным и педагогическое, и психологическое, и клиническое исследование, а также комплексное обоснование заключения минимум двумя специалистами: врачом-психиатром и психологом.

Третьи — занимали двойственную позицию. Они не отрицали, что ЗПР отличается от олигофрении по выраженности нарушений ЦНС: при олигофрении — диффузное поражение поздно формирующихся высших корковых структур, а при ЗПР — минимальная мозговая дисфункция с преимущественным нарушением базисных механизмов. Только при исследовании они почему-то отдавали предпочтение степени и количеству выполнения психологических заданий по принципу больше — ЗПР, меньше — олигофрения.

Четвертые — делили ЗПР по этиологии. Различая ЗПР конституционного происхождения (гармоничный инфантилизм); ЗПР на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период

беременности и на ранних этапах жизни ребенка; ЗПР соматогенного происхождения; ЗПР психогенного происхождения.

Собственно, этиологический подход мало, что давал для психологов и специальных (коррекционных) педагогов, хотя и пользуется среди них большой популярностью. Пять форм ЗПР, в конечном итоге, проявлялись в трех вариантах состояний. У одних на первый план выступали нарушения внимания и черты личностной незрелости, у других эти нарушения сочетались с весьма низкими показателями по вербальному развитию, у третьих черты нарушения познавательной деятельности были так выражены, что возникал вопрос: «А не легкая ли дебильность здесь?», но лишь внимательное психологическое исследование все же выявляло наличие у ребенка черт незрелости. Этиологический подход не был безупречен, но он позволял сохранять состояние ЗПР в определенных диагностических рамках.

Психологи и педагоги принимали все. Хотя часто и ловили себя на мысли, что что-то не укладывается. В одних случаях, и психологи, и психиатры, и педагоги мгновенно находили общий язык, в других нет.

Просто речь шла о разных формах, а не об отметине на шкале гауссовой кривой распределения интеллекта по Д. Векслеру.

Как понимаю — вопрос в том, есть ЗПР в международной статистической классификации болезней или нет. Но само-то состояние осталось. Почему это должен быть термин только или обязательно клинический? Его можно вполне вынести в рамки клинко-психологических терминов. Тем более что и в то время, когда термин был общепринятым, ЗПР не умещалась в рамки одной нозологической единицы.

### **Основной симптом один, причины и состояния — разные**

Традиционно, некоторые главы детской психиатрии бывали, писаны чернилами педагогического экспериментирования. Собственно и выделение легкой степени умственной отсталости при олигофрении-дебильности было определено по «педагогической причине» лишь как состояние развития ребенка неспособного в то время усваивать программу начальной школы. Клиническое обоснование дебильности дали позднее, а психологическое (патопсихологическое) калькировали с психиатрического — «олигофренический дефект».

Педагоги, психологи и психиатры понимали друг друга, пока одни указывали основной симптом — неуспеваемость, другие подводили под него клинику, а третьи — свои экспериментальные данные. Если не обнаруживало ничего клиническое обследование и мало давало психологическое — все сходились во мнении, что перед ними простая педагогическая запущенность. При последней обнаруживались следующие педагогические симптомы как отсутствие системы знаний, пробелы в изучении программного материала, и как следствие — нежелание учиться дальше. Исследовала Л. С. Славина «недисциплинированных и нерадивых учащихся» — медико-педагогические комиссии (МПК), а позднее психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК) выявляли у одних ЗПР, у других — «педагогическую запущенность». Изучала З. И. Калмыкова детей с пониженной обучаемостью, и здесь не было проблем с пониманием: у части исследуемых ею детей была ЗПР, у части — педагогическая запущенность. Само определение обучаемости по З. И. Калмыковой (1975) это позволяло сделать: «Обучаемость — совокупность (ансамбль) интеллектуальных свойств человека, от которых — при наличии и относительном равенстве других необходимых условий (исходного минимума знаний,

положительного отношения к учению и т. д.) — зависит продуктивность учебной деятельности». Правда, было еще одно состояние, всегда присутствовавшее в сознании психологов старой школы. Это «примитив-норма» или «детский примитивизм». Теория обучаемости его поглощала, а клиницисты относили его то к ЗПР, то к педагогической запущенности.

Но вот произошла реабилитация ума. Появилась задержка умственного развития (ЗУР). Что это такое — плохо кто представлял. Слишком много определений это понятие — «ум» — имеет. Среди ЗУР-детей были учащиеся и с ЗПР, и с педагогической запущенностью, и с пониженной обучаемостью — определение подминало под себя всех неуспешных в обучении учащихся вне зависимости от причины этой неуспешности.

Почти одновременно с ЗУР появилось еще одно состояние. Просто к этому времени реабилитировался «интеллект». Как-то сам собою, без декрета или указа. Появилась задержка интеллектуального развития (ЗИР). В эту группу вошли уже и ЗПР, и педагогическая запущенность, и вообще культуральная задержка, и социально-бытовая запущенность, и, вполне естественно, те дети, что не могли понять хитроумности диагностических тестов. Ибо интеллект, по Е. Борингу (1927), — это то, что оценивается интеллектуальными тестами. А поскольку в сознании простого педагога, а порой и психолога, термины «ум» и «интеллект» — синонимы, то и границы ЗПР были размыты. ЗПР, ЗУР и ЗИР постепенно отождествлялись и воспринимались как взаимные синонимы. Мало кто представлял, что понятие ЗПР не тождественно ни тому, ни другому. А вот группа состояний ЗУР шире ЗПР, поскольку включает все формы учебной неуспешности. Исследователи, а особенно практики, не придавали значения тому, что понятие ЗУР включает в себя не только интеллектуальную неуспешность (ЗИР), но и низкую обучаемость.

Последним выпадающим из образовательной ситуации феноменом было выделено «состояние школьной незрелости». Тоже полиморфное в клиничко-психологическом плане. Оно бы не выделялось, если бы не было двух внешних обстоятельств: первое — усложнение требований программ всеобщего начального обучения, и второе — приход в школу практических психологов. Это состояние у нас тоже имеет свою специфику. Й. Иерасек и А. Керн, определяли состояние «школьной зрелости» применительно к детям 5—6 лет. Наши исследователи подтянули состояние «школьной незрелости» к декретированному возрасту начала школьного обучения — 7 лет.

### **Дообщались?**

Совсем плохо обстоять дело стало с обретением педагогической общественностью новой единицы — «школьной дезадаптации». Дискуссия возникла по термину, точнее по его первой морфологической части — приставке «дес.../дез...» или «диз...». По правилам терминообразования следовало бы писать «дизадаптация», но кто кому указывал, если у ученого появлялась потребность ввести новый термин. Да только пока изошрялись знатоки латыни и греческого в своем познании, этот термин объединил все: и социально дизадаптированных, и педагогически, и клинически. Столь широкое толкование состояния сродни разве что фрейдовской классификации неврозов. Главное, исчезла клиника и, следовательно, «ярлык» дефектности или неполноценности. Только вместе с этим исчезла причина и понимание механизма возникновения в одном случае одной формы школьной дизадаптации, в другом — другой. Слабенькие работы по подтягиванию под «школьную дизадаптацию» неврологических данных просто не выдерживают какой-либо критики.

Здесь вполне подходит определение состояния как психолого-педагогического, в частности именно такой точки зрения придерживается М. М. Семаго (ШП № 12, 2000 «Всеобъемлющий диагноз»). Согласно ему, «школьная дезадаптация — это исключительно психолого-педагогический термин <...> любое рассогласование ребенка с теми требованиями, которые к нему предъявляет образовательное пространство, и есть дезадаптация в самом широком ее понимании. А дальше можно рассматривать различные формы ее проявления. Поведенческую, в случае если поступки ребенка отличаются от нормативных требований школы. Учебную, если процесс овладения учебными навыками проходит с осложнениями. В рамках школьной дезадаптации рассматривается аддиктивное поведение детей: склонность к разного рода зависимостям (наркотики, табак, алкоголь). Сюда можно отнести и эмоциональную зависимость, когда дети попадают под влияние каких-либо нетрадиционных сект. С трудом адаптируются и те дети, которые испытали эмоциональное или физическое насилие».

Только укрупнение нозологий, интеграция состояний и факультативных симптомов ни к чему доброму привести не может и не приведет. Все равно останутся дети, у которых в психологической картине выявляется два базисных синдрома: а) нарушение регуляции психической деятельности, реализуемой посредством произвольного внимания, и б) нерезкое недоразвитие познавательной деятельности. Если при психофизическом инфантилизме на первый план выступают недостатки регуляции поведения и деятельности, то при ЗПР церебрально-органического генеза — признаки неполноценности познавательной деятельности. Детей такой категории не сможет дезавуировать ни одна новая нозологическая группа. Они все равно будут выделяться своими особенностями в усвоении учебного материала и приобретении навыков социального поведения. В более старшем возрасте у части детей эти проявления сгладятся, но благоприятный исход бывает не всегда: у части из них (по данным С. Г. Шевченко, 1999 — около 20%) «признаки грубой незрелости эмоционально-волевой сферы сохраняются, а позже проявляются в виде психопатий».

### **Так есть она или нет — эта задержка?**

Выделение ЗПР тоже было продиктовано педагогическим заказом. Она была выделена в ряду состояний грубо объединяемых как интеллектуальные нарушения в числе последних. Долгое присутствие этого состояния в ряду медицинских терминов было в большей степени данью традиции. Собственно заболеванием в полном смысле ЗПР не является. Это клинко-психологическое состояние нарушения развития. Как не является заболеванием акселерация. Отождествление ЗПР с заболеванием приводит к тому, что на практике, раз выставленный диагноз ПМПК, даже без достаточных клинических оснований, ставит такого ребенка в заведомо невыгодное положение в школе: там его порой рассматривают как дефектного до времени окончания школы. Такое отождествление вносит путаницу и в другие ситуации (например, в судебно-психологической экспертной практике), когда ревизию своего заключения ПМПК не произвела ни по окончании ребенком начальной школы, ни к концу подросткового периода.

Наиболее правильным представляется рассмотрение этого состояния и этого диагноза как клинко-психологического, а не чисто медицинского (психиатрического, неврологического). Даже если при педагогическом исследовании выявляется неготовность к школьному обучению и низкая сформированность учебных навыков у младшего школьника, а при психологическом нерезкое нарушение познавательной деятельности —

это еще не ЗПР. Если у ребенка не выявляется клинически ни «минимальной мозговой дисфункции», ни «ди-ди синдрома» (диспраксия-дисгнозия развития), ни «дефицита внимания с гиперактивностью», ни «гиперкинетического расстройства внимания», ни «нарушения активности внимания», то нет оснований и обозначать такие состояния как ЗПР.

\* \* \*

Собственно, спор о терминах — это только на первый взгляд кажется делом, выведенного яйца не стоящим. Неточное употребление терминов, когда пограничная умственная отсталость, ЗПР, ЗУР, ЗИР, а ныне и школьная дезадаптация используются как равноценные понятия, затрудняет взаимопонимание между специалистами, и не только из разных областей практики (медицины, педагогики, психологии). Не только клиницисты и педагоги-психологи не всегда понимают друг друга, но и среди психологов нет единого понимания этих состояний.

© Леонид Чупров, 2002 (27.12. 2002 г.)

Воспроизведено по:

<https://web.archive.org/web/20040702042840/http://chuprov.boom.ru/zpr.html>

© Л.Ф. Чупров, 2016.