

Исследование клинических аспектов адаптации в концептуальной, социальной и практической сферах при пограничном интеллектуальном функционировании

В.А. Ермоленко¹, старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом ФПКиП (vika_201288@mail.ru)

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет» (246050, Беларусь, г. Гомель, ул. Ланге 5)

Статья представляет собой литературный обзор, в котором систематизируются современные клинические критерии оценки адаптивного поведения у лиц с пограничным интеллектуальным функционированием (ПИФ). Центральный тезис заключается в том, что ключевым диагностическим маркером ПИФ являются не столько показатели IQ, сколько дефициты в концептуальной, социальной и практической сферах повседневного функционирования.

Ключевые слова: пограничное интеллектуальное функционирование, адаптивное поведение, умственная отсталость.

A study of clinical aspects of adaptation in the conceptual, social and practical spheres in borderline intellectual functioning

V.A. Ermolenko¹, Senior lecturer at the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Medical Psychology with a course in FPKiP (vika_201288@mail.ru)

¹ Gomel State Medical University Educational Institution (5 Lange st., Gomel, 246050, Belarus)

This article is a literature review systematizing current clinical criteria for assessing adaptive behavior in individuals with borderline intellectual functioning (BIF). The central thesis is that the key diagnostic marker of BIF is not so much IQ scores as deficits in the conceptual, social, and practical areas of everyday functioning.

Keywords: borderline intellectual functioning, adaptive behavior, mental retardation.

ВВЕДЕНИЕ

В континууме когнитивных способностей между нормотипическим развитием и нарушением интеллектуального развития существует промежуточная зона, известная как пограничное интеллектуальное функционирование (ПИФ). В отличие от умственной отсталости (в современной терминологии МКБ-11 — «нарушения интеллектуального развития»), которая характеризуется значительными ограничениями как в интеллектуальной сфере ($IQ < 70$), так и в адаптивном поведении, ПИФ диагностируется при уровне IQ в диапазоне 70–84 (или 71–85). Эта формализованная диагностическая категория присутствует в современных классификациях, например, в DSM-5 под кодами V62.89 и R41.83 [14]. Несмотря на формальное сохранение интеллекта в пределах «низкой нормы» или «пограничного» уровня, ключевой проблемой для лиц с ПИФ являются дефициты адаптивного поведения, которые могут быть столь же выраженными, как и при легкой степени умственной отсталости, или даже маскировать-

ся в структурированных условиях, проявляясь в ситуациях, требующих самостоятельности и гибкости [7, 13]. Адаптивное поведение определяется как совокупность концептуальных, социальных и практических навыков, усвоенных людьми для функционирования в повседневной жизни. Именно оценка адаптивного функционирования перестала быть второстепенной и превратилась в основу дифференциальной диагностики и планирования поддержки при ПИФ [12]. Если интеллектуальный коэффициент позволяет лишь констатировать наличие «зоны риска», то именно анализ адаптивного поведения определяет, приводит ли это к клинически значимым нарушениям и социальной дезадаптации [4]. Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью ПИФ (до 13–14 % популяции), недостаточной изученностью этой категории в клинической практике по сравнению с более тяжелыми нарушениями и высокой уязвимостью данной группы к развитию вторичных психических расстройств, социальной маргинализации и трудностям в получении образования и трудоустройстве [9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Систематизировать современные научные представления о клинических критериях оценки адаптивного поведения у лиц с ПИФ. В фокусе анализа находятся три ключевых домена адаптации (концептуальный, социальный, практический), методы их оценки, возрастная специфика проявлений, а также проблемы их дифференциальной диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании проведен систематический обзор научных публикаций за 2020–2025 гг., посвященных изучению клинических критериев оценки адаптивного поведения при ПИФ. Использованы базы данных PubMed, Google Scholar и ScienceDirect. Для проведения литературного обзора было отобрано 14 статей, критериями включения были статьи, опубликованные в период с 2020 по 2025 год в релевантных научных изданиях, найденных через указанные базы данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исторически понятия, близкие к ПИФ, существовали в психиатрии и психологии. В МКБ-8 присутствовала рубрика «пограничная умственная отсталость» (IQ 68–85). Однако впоследствии произошел пересмотр подходов. В МКБ-10 и МКБ-11 акцент сместился на четкую дихотомию между «нарушением интеллектуального развития» (F7x), где дефицит адаптации является обязательным критерием наряду со сниженным IQ, и другими состояниями [14]. ПИФ было вынесено за рамки этой рубрики. В американском руководстве DSM-5 ПИФ включено как отдельное состояние, требующее клинического внимания (коды V62.89, R41.83), что подчеркивает его значимость как фактора риска. Это принципиально важный момент: ПИФ рассматривается не как болезнь, а как особенность нейроразвития, которая в неблагоприятных средовых условиях легко приводит к клинически выраженной дезадаптации. Такое понимание сближает ПИФ с концепцией «нарушений нейроразвития» (neurodevelopmental disorders), куда входят и расстройства интеллектуального развития [7].

Известно, что причины ПИФ гетерогенны и часто носят полигенный и мультифакториальный характер. К ним относятся:

- генетические предрасположения, не достигающие уровня синдромальной патологии (как при синдроме Дауна);
- легкие перинатальные нарушения (хроническая гипоксия, недоношенность без тяжелых осложнений);

- социально-педагогическая запущенность и депривация в сензитивные периоды развития;
- легкие резидуально-органические поражения центральной нервной системы [2].

Патогенез дезадаптации при ПИФ связан не столько со снижением «кристаллизованного» интеллекта («багажа знаний»), сколько с дефицитом исполнительных функций (рабочая память, когнитивная гибкость, планирование, контроль импульсов) и социального познания (теория психического, распознавание эмоций, понимание социальных контекстов). Эти дефициты напрямую влияют на способность приобретать и эффективно применять адаптивные навыки [6, 10].

Современные модели адаптивного поведения, основанные на работах Американской ассоциации по интеллектуальным нарушениям и нарушениям развития (AAIDD) и DSM-5, структурируют его по трем основным доменам. Для ПИФ характерны специфические паттерны нарушений в каждом из них.

1. *Концептуальный (академический) домен.* Этот домен включает навыки, связанные с языком, чтением, письмом, математикой, рассуждением, знанием и применением информации на практике. У лиц с ПИФ дефициты в этой сфере носят избирательный и диссоциированный характер. В дошкольном и младшем школьном возрасте это может проявляться как задержка речевого развития, бедность словарного запаса, трудности понимания сложных инструкций, абстрактных понятий и логических связей. Дети могут испытывать значительные трудности в освоении чтения (дислексия) и письма (дисграфия), счетных операций (дискалькулия), при этом их общая познавательная активность может быть сохранной. В подростковом и взрослом возрасте проблемы персистируют, трансформируясь в трудности планирования личного времени и бюджета, понимания правовых и финансовых документов, оценки рисков и долгосрочных последствий своих действий. Характерна конкретность мышления, неспособность к обобщению и переносу навыков из одной ситуации в другую. Например, человек может успешно выполнять арифметические действия на бумаге, но не сумеет применить их для расчета сдачи в магазине [1, 4, 13].

2. *Социальный домен.* Этот домен охватывает навыки межличностного общения, социальную ответственность, способность следовать правилам, заводить и поддерживать дружеские отношения, распознавать социальные сигналы и избегать виктимизации. Клиническими критериями дезадаптации здесь являются: социальная наивность, доверчивость или, наоборот, необоснованная подозрительность; трудности в понимании неписаных социальных правил, сарказма, метафор; неадекватность эмоциональных реакций; склонность к социальной изоляции или, напротив,

к неразборчивым, часто зависимым отношениям. В детском возрасте это проявляется в непопулярности среди сверстников, неумении участвовать в сложных групповых играх, частых конфликтах из-за непонимания намерений других. У взрослых дефициты социального домена ведут к хроническому одиночеству, сложностям в построении семейных отношений, высокой уязвимости к манипуляциям, вовлечению в асоциальные группы или рискованное поведение. Низкая самооценка и социальная тревожность часто сопутствуют этим трудностям [9, 10].

3. Практический домен. Включает навыки самообслуживания, заботы о здоровье, профессиональной деятельности, организации повседневной жизни, использования транспорта, технологий. При ПИФ базовые навыки самообслуживания (одевание, гигиена) обычно сформированы. Однако возникают проблемы с высокоорганизованными повседневными действиями. Подростки могут испытывать трудности с самостоятельным пользованием общественным транспортом по новому маршруту, приготовлением пищи по рецепту, регистрацией на государственных порталах. Взрослые часто сталкиваются с проблемами в поддержании порядка в доме, регулярном выполнении рабочих задач без постоянного внешнего контроля, планировании и соблюдении режима приема лекарств, рациональном распределении

финансов. Они могут быть хорошими, исполнительными работниками в условиях четко структурированной, рутинной деятельности, но крайне уязвимы при изменении правил, необходимости многозадачности или самостоятельного решения нестандартных проблем [2, 3].

Оценка адаптивного поведения при ПИФ должна быть многомерной и включать данные из разных источников, таких как:

1. Стандартизированные опросники и шкалы: широко используются такие инструменты, как Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland-3), Adaptive Behavior Assessment System (ABAS-3). Эти шкалы, заполняемые родителями, учителями или самим испытуемым (при возможности), дают количественную оценку по ключевым доменам и выявляют сильные и слабые стороны [11].

2. Клиническое интервью и наблюдение: Беседа с пациентом и его близкими позволяет оценить навыки в реальном жизненном контексте, выявить диссоциацию между формальными знаниями и их применением. Наблюдение в естественной или моделируемой ситуации (например, как человек планирует выполнение задания) чрезвычайно информативно [2].

3. Оценка исполнительных функций и социального познания: Специфические нейропсихологические методики (например, тесты на переключение внимания, вербальную и невербальную

Таблица 1

Сводная характеристика дефицитов адаптивного поведения при пограничном интеллектуальном функционировании по доменам и возрастам
Summary of adaptive behavior deficits in borderline intellectual functioning by domain and age

Возраст/ домен	Концептуальный Домен	Социальный Домен	Практический домен
Дошкольный возраст (3–7 лет)	Задержка речевого развития, бедный словарь, трудности в освоении счета, цветов, форм.	Неумение присоединиться к игре сверстников, частые конфликты, излишняя привязанность к взрослому.	Зависимость от взрослого в одевании/гигиене сверхвозрастной нормы, моторная неловкость.
Школьный возраст (7–12 лет)	Стойкие трудности в чтении/письме/математике, непонимание текстов с подтекстом, нужда в индивидуализации обучения.	Социальная изоляция, насмешки со стороны сверстников, непонимание юмора и иронии.	Неспособность организовывать и выполнять школьные и бытовые обязанности.
Подростковый возраст (13–17 лет)	Трудности с абстрактными предметами (физика, литература), неумение планировать время для учебы.	Риск асоциальных компаний, сложности в романтических отношениях, низкая самооценка, кибербуллинг.	Проблемы с использованием банковской карты, планированием поездок, освоением навыков пользования новых бытовых приборов.
Взрослый возраст (18+ лет)	Трудности с заполнением документов, пониманием договоров, финансовой грамотностью, обучением на курсах.	Трудности в поддержании долгосрочных отношений, родительских обязанностях, уязвимость к мошенничеству.	Неустойчивая трудовая занятость, проблемы с оплатой ЖКХ, соблюдением медицинских предписаний, вождением автомобиля.

рабочую память, планирование). Методики на оценку распознавания эмоций по лицевой экспрессии критичны для анализа социальных трудностей [6].

4. Анализ жизненного анамнеза и функционирования в ключевых сферах: Систематический сбор информации об образовательном пути, трудовой биографии, истории межличностных отношений, юридических и финансовых проблемах предоставляет объективные данные об адаптации в течение жизни [1].

Четкое разграничение ПИФ и смежных состояний является клинически важной задачей.

Легкое нарушение интеллектуального развития (F70 по МКБ-10): Ключевое отличие — уровень интеллекта. При ПИФ IQ ≥ 70 , а дефициты адаптации могут быть выражены не во всех сферах одновременно. Диагноз умственной отсталости требует наличия значительных ограничений в адаптивном функционировании [4, 11].

Специфические расстройства обучения (дислексия, дисграфия): Нарушения носят изолированный характер, общий интеллект и адаптивное поведение в других сферах (социальной, практической) могут быть полностью сохранены. При ПИФ дефициты носят более генерализованный характер [7, 13].

Расстройства аутистического спектра (РАС): Социальная дисфункция при РАС носит качественно иной характер (дефициты социального взаимодействия, стереотипии), в то время как при ПИФ социальные трудности проистекают из когнитивных ограничений. Однако коморбидность возможна [7].

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ): Основной дефицит при СДВГ — регуляторный. При ПИФ помимо проблем с регуляцией присутствуют более фундаментальные когнитивные ограничения. Эти состояния также часто сопутствуют друг другу [5].

Коморбидность при ПИФ встречается чрезвычайно часто. Наиболее типичны тревожные и депрессивные расстройства, поведенческие расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [8].

ОБСУЖДЕНИЕ

ПИФ представляет собой клинически значимый феномен, центральным звеном которого является не столько сниженный показатель IQ, сколько системный дефицит адаптивного поведения в концептуальной, социальной и практической сферах. Клинические критерии оценки этих дефицитов требуют комплексного подхода, сочетающего стандартизированные инструменты, клиническое наблюдение и анализ реального жизненного функционирования. Внедрение

в практику здравоохранения и образования четких критериев диагностики ПИФ и связанных с ним нарушений адаптации позволит обеспечить своевременную и адекватную поддержку этой многочисленной, но часто «невидимой» и уязвимой группе населения, способствуя их максимальной социальной интеграции и улучшению качества жизни.

Литература

1. Иванов М. В., Петрова Л. Б. Адаптивное поведение и качество жизни взрослых лиц с пограничным интеллектуальным функционированием // Журнал социальная и клиническая психиатрия. 2023. — № 33(1). — С.34-40.
2. Солонченко М. И., Захарова Н.А. Пограничное интеллектуальное функционирование у подростков: клиничко-психологическая диагностика и коррекция // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. — № 122(8). — С.78-84.
3. Águila-Otero A. et al. Adolescents with intellectual disability in residential child care: Double vulnerability // Journal of Intellectual & Developmental Disability. 2023. — № 4(48). — P.432-445.
4. Dakopolos A. et al. Developmental associations between cognition and adaptive behavior in intellectual and developmental disability // Journal of neurodevelopmental disorders. 2024. — № 1(16). — P.31.
5. Demartini B. et al. Prevalence and characteristics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults with Autism Spectrum Disorders without intellectual disabilities // European Psychiatry. 2025. — № 1(68). — P.355-356.
6. Gravråkmø S. et al. Associations between intelligence, everyday executive functions, and symptoms of mental health problems in children and adolescents with mild intellectual disability // International Journal of Developmental Disabilities. 2025. — № 2(71). — P.256-265.
7. Hassiotis A. et al. Borderline intellectual functioning // Textbook of psychiatry for intellectual disability and autism spectrum disorder: Springer International Publishing. 2022. — P. 95-106.
8. Hassiotis, A., et al. Manualised cognitive behavioural therapy for people with borderline intellectual disability and depression: A feasibility randomised controlled trial // The British Journal of Psychiatry. 2020. — № 217(4). — P.559-566.
9. Kim M., Cheon K. A. Exploring the clinical characteristics and comorbid disorders of borderline intellectual functioning // Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2024. — № 3(35). — P.181.
10. Orío-Aparicio C., López-Escribano C., Bel-Fenellós C. Borderline intellectual functioning: A scoping review // Journal of Intellectual Disability Research. 2025. — № 6(69). — P.437-456.
11. Park G. et al. Clinical significance of the Vineland Adaptive Behavior Scale-II in children with developmental disabilities // Psychiatry Investigation. 2024. — № 12(21). — P.1407.
12. Schalock R. L., Luckasson R., Tassé M. J. An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports // American journal on intellectual and developmental disabilities. 2021. — № 6(126). — P.439-442.
13. Tassé M. J., Kim M. Examining the relationship between adaptive behavior and intelligence // Behavioral Sciences. 2023. — № 3(13). — P.252.
14. Tebartz van Elst L., Riedel A., Biscaldi-Schäfer M. The reclassification of neurodevelopmental disorders in ICD-11 // Der Nervenarzt. 2025. — P.1-6.