

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

АВТЕНЮК

Антон Сергеевич

**АТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ:
КЛИНИКА И СИСТЕМАТИКА**

Специальность 14.01.06 – психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Макаров Игорь Владимирович

Санкт-Петербург

2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Введение	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	10
1.1 История вопроса (введение)	10
1.2 Эпидемиология	17
1.3 Этиология и патогенез	17
1.4 Типология	23
1.5 Клиническая картина	24
1.6 Особенности неврологических проявлений	29
1.7 Параклинические и психологические исследования	31
1.8 Лечение	34
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	38
2.1 Материал исследования	38
2.2 Методы исследования	42
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	45
3.1 Анамнестические сведения	45
3.2. Особенности клинической картины	48
3.3 Клинико-психологическое обследование	64
3.4 Классификация психической атонии по степени тяжести	66
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ)	71
ВЫВОДЫ	75
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	78
ПРИЛОЖЕНИЕ	98

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ЗПР – задержка психического развития;
- ЗПРР – задержка психоречевого развития;
- СВЧГ – синдром внутричерепной гипертензии;
- НИП – невербальный интеллектуальный показатель;
- ВИП – вербальный интеллектуальный показатель;
- ОИП – общий интеллектуальный показатель;
- ЭЭГ – электроэнцефалография;
- МРТ – магнитно-резонансная томография;
- ТКДГ – транскраниальная доплерография;
- УЗДГ – ультразвуковая доплерография;
- РЭГ – реоэнцефалография;
- КТ – компьютерная томография;
- КГР – кожно-гальваническая реакция.

Введение

Актуальность темы. Первые упоминания об особой форме психического недоразвития, характеризующейся «слабостью» и инертностью психической деятельности, сочетающейся с выраженными нарушениями внимания и целенаправленности поведения, а также снижением инициативы и эмоциональных проявлений, относятся к концу XIX – началу XX вв. Данный феномен описывался у детей с умственной отсталостью и имел различные названия: апатичный тип (Трошин Г. Я., 1914, 1915; Frankenstein С., 1964), болезненно-медлительный тип (Кащенко В. П., 1919), апатичная или анергическая форма (Штротмайер В., 1926), торпидная форма (Гуревич М. О., 1932; Симсон Т. П. и соавт., 1935; Озерский Н. И., 1938; Гуревич М. О. и Серейский М. Я., 1940), инертно-пассивный вариант (Шнайдер К., 1999), атоническая форма (Мнухин С. С., 1961, 1968; Воронков Б. В., 1968-б; Исаев Д. Н., 1968, 1982, 2003).

В процессе изучения атонической формы олигофрении С. С. Мнухин (1961) расширил представление об «атоничности» психики, показав, что данное расстройство встречается не только при умственной отсталости, но и при других резидуально-органических поражениях головного мозга. К последним он отнес органические (резидуальные) психопатии, «временные» задержки развития, эпилепсию, детские церебральные параличи (Мнухин С. С., 1968; Воронков Б. В., 2009). К. М. Кандаратская (1936) описывала атоническую симптоматику в рамках синдрома психической адинамии у детей, перенесших энцефалит. Психическую гипотонию также наблюдали у детей с гипокинетическим типом микроцефалии (Корсаков С. С., 1894; Майзель И. Е., Симсон Т. П., 1928; Симсон Т. П., 1935) и гипогенитализме (Майзель И. Е., Симсон Т. П., 1928; Симсон Т. П., 1935).

К атонической группе резидуальных психопатий С. С. Мнухин (1968) определил часть больных из группы «чужаков», «странных» (*Verschrobene*) Э. Крепелина (Kraepelin E., 1915) или «аутистических психопатий» Г. Аспер-

гера (Asperger H., 1944). Как особый вариант атонической формы психического недоразвития С. С. Мнухин (1968), В. Е. Каган (1981), а позже Б. В. Воронков (2009, 2012) рассматривали органический аутизм. В совместной работе С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая и Д. Н. Исаев (1967) показали, что ведущим нарушением «раннего детского аутизма» («аутизма Каннера») являлось более или менее резкое снижение психического тонуса, ослабление или отсутствие способности к психическому напряжению и к целенаправленной активности, а также ослабление инстинктивных или безусловнорефлекторных реакций.

Для атонической формы резидуально-органических расстройств характерны следующие особенности клинической картины: на первый план выступают выраженные нарушения внимания и целенаправленной деятельности, не соответствующие уровню интеллекта, нарушения двигательной активности, особенности эмоциональной сферы и мышления, контакта с окружающими и, как следствие, — изменение поведения и невозможность полноценной социализации пациентов.

Таким образом, актуальность изучения данной проблемы, с одной стороны, обусловлена частой встречаемостью атонических состояний в структуре ряда психических заболеваний, обусловленных резидуально-органическим поражением головного мозга, а с другой — отсутствием четких критериев диагностики психической атонии. В результате этого до последнего времени остаются насущными и требующими своего уточнения вопросы, связанные с представлениями об «атоничности» психики в детском возрасте: каково клиническое содержание «атонии» и в каком случае ее можно рассматривать как определенный психопатологический феномен, каковы причины снижения психического тонуса и какое значение в этом имеет резидуально-органическое поражение головного мозга, какова роль «атоничности» в формировании умственной отсталости.

Наконец, можно констатировать, что при изучении атонических феноменов у детей авторы ограничивались преимущественно лишь описанием его

психопатологических особенностей, оставляя в стороне особенности этого феномена в структуре различных психических расстройств и, в частности, умственной отсталости.

В то же время в последние десятилетия интерес к клинико-физиологической классификации умственной отсталости, равно как и к атонической ее форме, значительно снизился: лишь единичные работы посвящены данной проблематике, врачи-психиатры редко указывают форму при диагностике умственной отсталости. В связи с этим отсутствуют и современные данные по распространенности атонической формы олигофрении. Кроме того, в имеющихся публикациях отсутствуют четкие принципы медикаментозного лечения и реабилитации таких больных, практически остается вне своего рассмотрения более целостная оценка состояния пациентов, что немыслимо без использования методов инструментального и психологического обследования.

Все вышесказанное обуславливает актуальность комплексного изучения состояний психической атонии у детей.

Цель исследования – определение психопатологических и возрастных характеристик психической атонии у детей с умственной отсталостью, а также оценка влияния тяжести атонических проявлений на динамику умственной отсталости.

Задачи исследования:

1. Изучение психопатологических особенностей и выделение обязательных симптомов психической атонии, определяющих ее клинико-типологическую структуру, у когорты детей с умственной отсталостью.
2. Выделение клинических степеней тяжести психической атонии у детей с умственной отсталостью.
3. Изучение связи психической атонии со степенью тяжести умственной отсталости и влияния атонических проявлений на течение умственной отсталости.

4. Изучение возрастной динамики клинико-типологических характеристик атонической формы умственного недоразвития.

Научная новизна. Впервые проведено клиническое подразделение атонической формы умственной отсталости по степени выраженности психической атонии. Дана детальная психопатологическая характеристика атонических проявлений у детей в возрасте от 3 до 11 лет.

Описана возрастная динамика клинических проявлений атонической формы психического недоразвития: начало проявлений отмечается в первые 3 года жизни, пик атонической симптоматики приходится на 4–5 годы жизни, а после 6 лет в большинстве случаев проявления атонии существенно редуцируются и лишь иногда сохраняются до пубертатного возраста.

Выделена совокупность клинических признаков состояний психической атонии у детей с умственной отсталостью. В рамках этой совокупности отмечены облигатные для состояний психической атонии симптомы: гипопрозеция (апрозеция), неспособность к психическому напряжению, нарушение целенаправленности деятельности, нуждаемость в стимулирующей помощи.

Практическая значимость исследования. Выделенные облигатные диагностические признаки состояний психической атонии у детей способствуют более точной диагностике этого феномена как очерченного психопатологического симптомокомплекса.

Разработанная систематика степени тяжести состояний психической атонии у детей с умственной отсталостью дает возможность уточнить содержательные характеристики этого феномена и облегчает проведение дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами детского возраста.

Возрастная динамика психической атонии у детей с умственной отсталостью предполагает не только уточнение критериев диагностики психического состояния пациентов в различные его возрастные периоды, но и позволяет

спрогнозировать течение заболевания. Целостная оценка психического состояния дает возможность оптимизировать терапевтические и реабилитационные программы, направленные на коррекцию психической атонии.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Обязательными для состояний психической атонии являются симптомы: гипопрозеция (или апрозеция), неспособность к психическому напряжению, нарушение целенаправленности деятельности, нуждаемость в стимулирующей помощи.

2. Глубина выраженности обязательных симптомов состояний психической атонии у детей с умственной отсталостью позволяет выделить три степени тяжести изучаемого атонического феномена: легкую, умеренную и тяжелую.

3. Возрастная динамика состояний психической атонии характеризуется позитивной трансформацией выраженности психопатологических проявлений при легкой и умеренной тяжести и константностью - при тяжелых атонических проявлениях.

4. Имеется прямая связь между степенью выраженности атонических проявлений и уровнем интеллекта. Вместе с тем, выявлена группа пациентов, у которых тяжелая степень наблюдаемой атонии не коррелировала с уровнем имеющегося интеллектуального развития.

Публикации и апробация работы. По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 3 из них в журналах из списка ВАК, 1 глава в монографии. Результаты диссертационного исследования доложены на следующих конференциях: 1) городская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи на современном этапе» (Санкт-Петербург, 2011), 2) конференция молодых ученых, посвященной 150-летию со дня рождения В. М. Бехтерева (в рамках цикла «Бехтеревские чтения») «Современный взгляд на проблемы психоневрологии XXI века» (Санкт-Петербург, 2012), 3) всероссийская научно-

практическая конференция с международным участием «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» (Санкт-Петербург, 2014), 4) всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (Казань, 2015).

Внедрение. Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, используются при обучении интернов, клинических ординаторов, аспирантов, психологов института и слушателей профессиональной переподготовки. Полученные в проведенном исследовании сведения могут быть использованы в процессе непрерывного профессионального образования психиатров, а также для повышения квалификации специалистов в области психологии и коррекционной педагогики.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Введение. Изучение психической атонии как расстройства психического тонуса делает необходимым коснуться вопросов, связанных с представлениями о «психической энергии» в общем. Это тем более важно, что, несмотря на большое количество авторов, интересующихся этим вопросом, до настоящего времени дефиниции понятия «психическая энергия» не существует.

Если рассматривать общее представление об энергии с точки зрения естественных наук, то можно найти множество определений и дополнений, приведем лишь некоторые из них.

«Энергия (от греч. *energeia* – действие, деятельность) – это общая количественная мера движения и взаимодействия всех видов материи. Понятие энергии связывает воедино все явления природы... Преобразование энергии в живых клетках включает процессы ее запасания в форме высокоэнергетических соединений и ее расход на энергетические нужды организма: перенос ионов против градиента концентрации через биологические мембраны, передачу нервного импульса, синтез всех основных веществ в клетке...» (Владимиров Ю. А., 1986). «Энергия есть способность данной системы тел, находящихся в данных условиях, совершить некоторое, вполне определенное количество работы» (Брокгауз Ф. А., Ефрон И. А., 2007).

В русле этих представлений психическую энергию можно рассматривать как некую особую способность психики, позволяющую ей осуществлять работу, необходимую для гомеостаза индивидуума в окружающей среде, или, иными словами, как то особое качество психики, которое обеспечивает возможность ее активного функционирования, ее адаптивной деятельности. При этом психическая активность – это мера взаимодействия субъекта с окружающей действительностью, рассматриваемая как внутреннее условие взаимодействия субъекта со средой и вместе с тем, как качественная и количественная мера этого взаимодействия (Критская В. П., 1991).

Различные исследователи пытались представить психическую работу как произведение двух переменных, по аналогии с работой механической или химической. Так, венский ученый А. Höffler (1894) психическую работу, связанную с каким-нибудь представлением индивидуума, описал в виде произведения силы этого представления на путь, пройденный этим представлением в психике. По мнению Е. Краепелин (1894), психическая работа может быть измерена произведением интенсивности психического сосредоточения на продолжительность этой психической деятельности. Значимость этих формул в настоящее время можно рассматривать лишь с позиции исторической ценности, так как практического применения ни в психиатрии, ни в психологии они не получили.

В истории психиатрии можно проследить два направления изучения нарушений, связанных с психическим тонусом.

Первое направление касается снижения психической активности при шизофрении. Впервые отметил «ослабление энергии психической жизни» С. С. Корсаков (1891). В 1914 г. J. Berze использовал понятие «гипотонии сознания» для описания «первичной недостаточности» при шизофрении и считал ее важным признаком шизофренического слабоумия. А. О. Эдельштейн (1938) рассматривал утрату или резкое ослабление спонтанности как специфическую черту шизофренического слабоумия. К. Conrad (1958), последователь взглядов J. Berze, определил, основываясь на физиологических энергетических концепциях, снижение психической активности как редукцию энергетического потенциала и описал наличие при этом следующих симптомов: 1) стойкое снижение активности и работоспособности; 2) сужение круга интересов; 3) побледнение и стирание черт индивидуальности; 4) повышенная утомляемость и раздражительная слабость; 5) нерезко выраженные дисмнестические нарушения.

Для характеристики снижения психической активности использовались и другие термины. Так, W. Mayer-Gross (1935) у больных шизофренией описывал «обеднение психическими импульсами», а W. Janzarik (1959) - «динамическое опустошение», проявляющееся потерей эмоциональной выразительности и инициативности, чувственной холодностью, малой доступностью контакту, отсутствием интересов, недостаточностью выдержанности и целенаправленности деятельности. О целой шкале нарушений активности, начиная от выраженной неустойчивости волевого усилия и кончая полной дезорганизацией поведения, писал Д. Е. Мелехов (1963). К признакам снижения психической активности, выявленным при помощи психодиагностических методик, L. Süllwold (1977, 1986) относил выраженное замедление сенсомоторных процессов, снижение скорости реакции и ослабление способности концентрации при интенсивных нагрузках.

G. Huber (1966) относил эти изменения к «чистому дефекту» при расстройствах шизофренического спектра и описывал их как «снижение энергетического уровня личности и психического потенциала, спонтанности, отсутствие целенаправленности и волевой эмоциональной регуляции и наличие астенических жалоб». Р. А. Наджаров (1972) указывал на изменения психической активности при разных формах шизофрении, отмечая, что при вялом течении снижение психической активности, «падение психической продуктивности» выражено не столь резко, как при более прогрессивном течении заболевания. Важно отметить, что картина снижения психической энергии не считалась специфической для шизофрении, являлась характерной для ряда других психических расстройств (Huber G., 1966; Süllwold L., 1977, 1986; Снежневский А. В., 2004).

Второе направление изучения снижения психического тонуса разрабатывалось применительно к различным органическим и резидуально-органическим расстройствам. В основном речь шла об отдаленных последствиях черепно-мозговых травм с сотрясением или ушибом головного мозга, а также

последствиях перенесенных инфекционных энцефалитов. Наряду с астеническими симптомами, у многих пациентов отмечались признаки психической атонии: замедленность психических процессов, затруднение концентрации внимания, снижение инициативности, заинтересованности и целенаправленности деятельности, а также необходимость мобилизации активности (Сухарева Г. Е., Эйнгорн Д. Л., 1934; Сухарева Г. Е., 1955; Герцберг М. О., 1961; Виленский О. Г., 1971; Гордова Т. Н., 1973; Калинер С. С., 1974; Grunthal E., 1936). Описанные нарушения рассматривались либо в рамках синдрома церебральной астении и считались последствием повышенной истощаемости нервной системы (Гуревич М. О., 1945; Сухарева Г. Е., 1955; Виленский О. Г., 1971; Калинер С. С., 1974), либо описывались как самостоятельные симптомы (Гордова Т. Н., 1973). К. М. Кандаратская (1936) описывала атоническую симптоматику у детей, перенесших энцефалит, в рамках синдрома психической адинамии, который характеризовался не только отсутствием активности, но и невозможностью психического напряжения, неспособностью к волевому усилию. Пациенты с резидуально-органическим поражением головного мозга могли производить ошибочное впечатление значительно сниженных интеллектуально, при этом потенциальные возможности интеллекта в большинстве случаев оставались сохранными (Кандаратская К. М., 1936; Костомарова Н. М., 1940; Гуревич М. О., 1945; Гиляровский В. А., 1946).

Двигательная активность у пациентов с резидуальным поражением головного мозга могла быть как сниженной (адинамия, иногда доходящая до аспонтанности) так и повышенной (гиперактивность и двигательная расторможенность, лишенная целенаправленности). Данные нарушения отмечались у взрослых и детей, однако у последних чаще отмечалось повышение двигательной активности (Костомарова Н. М., 1940; Вишневская А. А., 1960; Гордова Т. Н., 1973).

Описанные у детей резидуальные посттравматические проявления были весьма схожи с умственной отсталостью и включали задержку психофизического развития, дефекты речи, малый запас знаний, двигательную расторможенность. При этом долгосрочный прогноз этих состояний считался более благоприятным, чем при «истинной» олигофрении (Ляпидевский С. С., 1956; Гордова Т. Н., 1973).

Так же, как и при атонической форме умственной отсталости, ведущим звеном в патогенезе ранних и поздних нарушений, связанных с перенесенной черепно-мозговой травмой, считали повреждение подкорковой области, в частности ретикулярной формации и гипоталамуса (Гиляровский В. А., 1946; Виленский О. Г., 1971; Калинер С. С., 1974). Следствием данных повреждений являлось снижение адаптивных возможностей организма к внешним раздражениям в результате разрушения барьера, стоящего между внешними раздражителями и психикой человека (Орбели Л. А., 1938).

Следует отметить также схожесть изменений в ЭЭГ при резидуальных последствиях органических повреждений и при психической атонии пациентов с умственным недоразвитием: наиболее часто отмечались дизритмия, снижение вольтажа, замедление волн (Гордова Т. Н., 1973; Калинер С. С., 1974).

Чаще всего при описании психической атонии у детей речь шла об умственной отсталости, типология которой активно разрабатывалась в конце XIX - начале XX веков. Г. Я. Трошин (1914, 1915) среди различных типов олигофрений, дифференцированно рассматривавшихся в XIX столетии, указывал на апатичный тип. Состояния, сходные с психической атонией, отмечались у школьника, описанного В. П. Кащенко (1919) как болезненно-медлительный тип учащегося. Такие дети отличались не только крайним снижением двигательной активности, но и имели особенности в виде низкого волевого компонента, слабых эмоциональных проявлений и выраженной недостаточности внимания. В. Штромайер (1926) дает описание пациентов с апатичной (анер-

гической) формой умственной отсталости, где ведущими клиническими признаками являлись неспособность к активному сосредоточению, притупление реакций на внешние и внутренние раздражители, выраженная малоподвижность. В работах М. О. Гуревича (1932), Т. П. Симсон и соавт. (1935), Н. И. Озерецкого (1938), а также, М. О. Гуревича и М. Я. Серейского (1940) обращает на себя внимание деление детей с умственной отсталостью на подвижных (эретичных) и вялых (торпидных). У последних отмечалась неспособность концентрации внимания, отсутствие инициативы, низкое реагирование на происходящее вплоть до «состояния психической спячки». Эти нарушения М. О. Гуревич и М. Я. Серейский (1940) связывали со снижением так называемой «интрапсихической» активности, обеспечивающей восприятие внешних впечатлений и реакцию индивидуума на них. Подобная картина торпидности психики описана при гипокинетическом типе микроцефалии, микседеме и гипогенитализме (Симсон Т. П. и соавт., 1935). К. Шнайдер в 1949 г. выделил среди различных вариантов олигофрений инертно-пассивный (Шнайдер К., 1999). А. Beley (1960) и, систематизируя «неустойчивых» детей, описал среди них тех, у кого, наряду с выраженным психическим недоразвитием, отмечались: неспособность сосредоточить внимание в обычных условиях, безразличие к окружению, замедленные психические процессы, фрагментарное поведение и моторная отсталость. Подобные нарушения С. Frankenstein (1964) описывал в рамках апатического варианта умственной отсталости.

Ведущая роль в формировании тех представлений психической атонии, которые сохранились и используются клиницистами до сих пор, принадлежит С. С. Мнухину. В 1948 году совместно со своими сотрудниками он выделил атоническую форму олигофрении (Мнухин С. С., 1948). Впоследствии на основании комплексного анализа не только психопатологических картин психического недоразвития, но и ряда других расстройств, объединенных сходностью некоторых физиологических характеристик, была создана клинко-физиологическая классификация резидуальных нервно-психических расстройств

у детей (Мнухин С. С., 1948, 1956, 1961, 1968; Исаев Д. Н., 1968, 1969, 1970; Исаев Д. Н., Поппе Г. К., 1968). В рамках каждого резидуального заболевания (резидуальные психопатии, олигофрения, эпилепсия, церебральный паралич) были выделены три формы: стеническая, астеническая и атоническая. Позже Д. Н. Исаевым (1968) была выделена и описана дисфорическая форма.

Применительно к олигофрении различия в механизмах указанных форм были в дальнейшем подтверждены не только клиническим материалом, но и психологическими, биохимическими, электроэнцефалографическими исследованиями этих больных (Исаев Д. Н., 1967, 1968, 1970; Воронков Б. В., 1968-а, 1968-б, 1971; Ефремов Г. К., Исаев Д. Н., 1968; Исаев Д. Н., Поппе Г. К., 1968; Панасюк А. Ю., 1971; Чухловин А. В., Ходов Д. А., 1971; Шутова Н. Г., Мнухин С. С., Воронков Б. В., 1971; Ефремов К. Д., 1974). Как писал С. С. Мнухин (1968), созданная им классификация не являлась исчерпывающей, однако были определены достаточно четкие границы описанных форм, а детальная клиническая характеристика позволила выявить общность проявлений каждой группы при различных резидуально-органических поражениях головного мозга.

Большую роль в исследовании психической атонии сыграли сотрудники С. С. Мнухина: Д. Н. Исаев (1968, 1982) изучал атоническую форму олигофрении и предложил ее типологию, К. Д. Ефремов (1968, 1974) сопоставил клинические характеристики пациентов атонической формой резидуального поражения головного мозга с их расширенным и углубленным электрофизиологическим исследованием.

Сложившееся под влиянием С. С. Мнухина представление о психической атонии развивают в настоящее время Н. Г. Незнанов и И. В. Макаров, а также Б. В. Воронков. Н. Г. Незнанов (2012) и И. В. Макаров (2007, 2009, 2013), в частности, указывали, что явления психической атонии у детей наблюдаются как при олигофрениях, так и при органических психических расстройствах, при этом наличие психической атонии существенно влияет на последующую

динамику заболевания и результаты терапии. Б. В. Воронков в своих работах (1968-а, 1968-б, 1971, 2009, 2012) дополнил клиническую характеристику и особенности патогенеза атонической резидуально-органической психопатии и олигофрении, а также определил психическую гипотонию как ведущий патогномоничный признак органического аутизма.

1.2. Эпидемиология. Распространенность умственной отсталости по разным данным колеблется от 0,39 % до 4,89 %. Чуркин А. А. (1997) по материалам 1995 года приводит цифры распространенности умственной отсталости в России - 608,1 на 100 тыс. (0,6 %) и заболеваемости - 0,39 %. В 2005 году показатель общей заболеваемости несколько увеличился и составил 694,1/100000, а в 2006 году - 686,6/100000 (Чуркин А. А., 2007). В зарубежных странах распространенность умственной отсталости среди детей определяется на уровне 4 % (Петраков Б. Д. с соавт., 1996).

Сведения о распространенности и заболеваемости атонической формы умственной отсталости на настоящий момент отсутствуют, однако исследование Д. Н. Исаева (1982) показало, что дети с данной патологией составляют 3 % от числа больных с олигофренией, поступающих в психиатрический стационар.

Соотношение полов несколько различается при разной степени психической отсталости. Так, при самой тяжелой степени умственной отсталости оно составляет 1:1, а при имбецильности и глубокой дебильности мальчиков оказывается больше - 1,2:1. При более легкой умственной отсталости мальчики преобладают еще значительно – 1,5:1. На этом общем фоне, как отмечает С. С. Мнухин (1968), при атонической форме умственной отсталости мальчиков оказывается в 3-4 раза больше, чем девочек.

1.3. Этиология и патогенез. Атоническая форма умственной отсталости вследствие резидуально-органического поражения головного мозга часто является врожденной, обусловленной разными перинатальными патогенными

факторами (Мнухин С. С., 1968). Д. Н. Исаев (1968) происхождение атонической формы олигофрении связывал с тяжелыми соматическими заболеваниями матери во время беременности (дистрофия, анемия, нефрит, сифилис, токсоплазмоз), с тяжелыми токсикозами беременных, нередко осложнявшихся угрозами прерывания беременности, пожилым возрастом родителей, с асфиксией новорожденного, тяжелыми родовыми травмами и значительной недоношенностью. У этих детей имели место приобретенные вредности в первые годы жизни: частые истощающие и/или тяжелые заболевания раннего детского возраста, травмы головы, осложнения после вакцинаций.

С. С. Мнухин (1956, 1961) полагал, что в основе развития клинко-физиологических форм олигофрении лежат конституциональные особенности высшей нервной деятельности, определяющие механизм реализации последствий резидуально-органического поражения головного мозга. В то же время в исследованиях Д. Н. Исаева (1982) указывается на определенную, хотя и незначительную, наследственную отягощенность пациентов нервно-психическими заболеваниями (психозами, эпилепсией, умственной отсталостью, хроническим алкоголизмом и психопатиями) и на единичные характерологические особенности родителей больных детей.

Наличие резидуально-органического поражения головного мозга у больных с атонической формой олигофрении обуславливало необходимость поиска и исследования структур, формирующих и регулирующих психический тонус. В течение ряда лет Н. А. Костенецкая с сотрудниками проводила специальное изучение механизмов, регулирующих общий тонус коры головного мозга в физиологическом отделе института имени И. П. Павлова (Данилов И. В. и соавт., 1964). М. С. Певзнер (1956, 1967, 1970) разнообразие и особенности клинических картин умственно отсталых пациентов связывала не только со временем поражения, но и с локализацией преимущественного поражения. Е. Д. Хомская (1956) объясняла возникновение определенных форм

умственной отсталости дисфункцией отдельных анализаторов, обуславливающих особенности нейродинамических сдвигов в мозге пациентов с олигофренией.

Ведущая роль в патогенезе атонического расстройства отводилась поражению подкорковых систем - активирующих систем ствола, межуточного мозга и лимбической системы (Мнухин С. С., 1968; Исаев Д. Н., 1982). Считалось, что лимбическая система осуществляет организацию поведения, а при ее повреждении становится невозможным использование получаемого в данной ситуации опыта для формирования новых поведенческих операций и для поддержания образовавшихся ранее навыков (Исаев Д. Н., 1982). Нарушения взаимоотношений между основными структурами лимбической системы приводили к резкому изменению активности в виде аспонтанности или моторного беспокойства, отсутствию психического напряжения, крайней непоследовательности действий, сочетающейся со стереотипиями (Miller G. A., 1960). Именно слабостью подкорковых диэнцефальных структур, так называемой «энергетической базы» (обеспечивающей тонус коры, достаточный уровень бодрствования и психическую активность в целом) Б. В. Воронков (2009) объяснял психическую разряженность, гипотонию психики, расстройства внимания в виде гипо- и апрозексии, снижение побуждений и целенаправленной активности. И. В. Данилов (1964) также в патогенезе психической атонии большое значение придавал поражению ретикулярной формации, являющейся «восходящей активизирующей системой». К. Д. Ефремов (1974) неспособность пациентов с атонической формой олигофрении к познавательной деятельности также связывал с поломкой или недоразвитием систем, ответственных за мотивационно-волевые и эмоциональные проявления, за поддержание энергетического баланса. Д. Н. Исаев (1982) ведущую роль в нарушении внимания отдавал гиппокампу, а нарушение биологической активности, снижение психического напряжения, крайнюю нецелесообразность и непоследовательность движений, мышечную гипотонию при атонической форме олигофрении

связывал с поражением лимбической системы в целом. Исследования кожно-гальванических реакций (КГР) у больных с атонической формой умственной отсталости также подтверждали нарушение деятельности гиппокампо-амигдаллярной системы, ответственной за первичную обработку поступающей в мозг информации и начальные этапы организации действия (Латаш Л. П., Попова Л. Т., 1966; Латаш Л. П., 1968-б; Даллакян И. Г., 1970; Ефремов К. Д., 1974).

Неспособность к психическому напряжению, аспонтанность, апатию и снижение инициативы многие отечественные авторы связывали с поражением не только лимбической, но и лобной системы (Брагина Н. И., 1966; Доброхотова Т. А., 1966; Брагина И. И., Доброхотова Т. А., 1968; Исаев Д. Н., 1968; Попова Н. М., 1968; Латаш Л. П., 1969; Лурия Л. Р., Хомская Е. Д., 1969; Михеев В. В., Ильина Н. А., 1969). По мнению М. О. Гуревича и М. Я. Серейского (1940) нарушение «психической энергетики» вследствие поражения лобных долей мозга приводило к снижению интрапсихической активности. Многочисленными экспериментальными работами было доказано, что формирование целенаправленных и сложных условно-рефлекторных форм поведения базируется на тесном взаимодействии лимбико-лобных систем мозга (Уолтер Г., 1965, 1966-а, 1966-б; Grastyen G., 1959; Walter W. G., 1965-а, 1965-б, 1966, 1968; Niki H., 1966; Covian M. R., 1967; Horn G., 1970).

Герстман и Шильдер считали, что психическую и психомоторную активность определяет действие стриатума (цит. по Гуревич М. О., Озерецкий Н. И., 1930). Споря с этим положением и возражая авторам, М. О. Гуревич и Н. И. Озерецкий (1930) утверждали, что не стриатум, а таламус является органом, то возбуждающим, то блокирующим корковые функции, именно таламус является местом скопления энергии, идущей к нему по сенсорным путям от организма и внешнего мира.

Что касается двигательной сферы, так часто нарушенной при психической атонии, то здесь исследователи придают особое значение фронтальной коре, дающей моторную активность и устанавливающей последовательность

движений, а также стриальным механизмам (определяющим темп движения), двигательной центральной коре, экстрапирамидной системе и таламусу, влияющим на силу и энергию движений (Гуревич М. О., Озерецкий Н. И., 1930).

Клиническое оформление психических расстройств при атонической форме резидуального поражения головного мозга, по мнению Б. В. Воронкова (2009), зависит от сочетания различных факторов: силы нервных процессов, общего психического тонуса, функциональной активности подкорковых аппаратов мозга, соотношения деятельности коры и подкорки.

Таким образом, представляется, что регуляция психического тонуса обусловлена действием сложной высокоорганизованной системы. Кора головного мозга, испытывая активирующее влияние со стороны ретикулярной формации ствола и неспецифических ядер таламуса, при помощи собственных средств регуляции определяет тот уровень тонуса и работоспособности нервных клеток, который необходим для осуществления процессов высшей нервной деятельности (Данилов И. В., 1964). Фактически это же утверждает и А. Р. Лурия (1973), который говорит о наличии специального функционального блока поддержания тонуса и регуляции динамики психических процессов, обеспечивающего оптимальный уровень бодрствования, возможность активно воспринимать и перерабатывать информацию, избирательно вызывать в памяти необходимые системы связей, осуществлять контроль над протеканием психических процессов, корректируя ошибки и сохраняя направленность деятельности. А. М. Иваницкий (1966) считал, что кора головного мозга у больных олигофренией страдает не только от неполноценного нарушения ее специфической функции, но и от нарушений в регуляции ее тонуса.

Для понимания клинических особенностей психической атонии следует остановиться на представлениях о патогенезе нарушений внимания. В работах В. М. Бехтерева (1909, 1911, 1913, 1923, 1927), посвященных проблемам детства, ведущее значение в развитии детской психики уделялось сосредоточению как непременно для формирования сочетательных рефлексов фактору.

А нарушение способности к сосредоточению – психического процесса, обусловленного психическим тонусом, - по его мнению вело к нарушению гармоничного развития ребенка. Как известно, возникновение внимания обусловлено, с одной стороны, интенсивностью раздражителей и, с другой стороны, психической активностью (Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1940; Рубинштейн С. Я., 1986). Согласно данным ряда исследователей процесс внимания основан на взаимотормозных отношениях между ретикулярной формацией и гиппокампом. Именно эта часть лимбики предохраняет индивидуума от рассеянного внимания и осуществляется это прежде всего посредством торможения ориентировочного рефлекса (Граштыян Э. и соавт., 1968; Волохов А. А., 1965, 1968). Внимание можно объяснить с точки зрения доминантных очагов возбуждения, когда при известных условиях определенные центры приходят в состояние стойкого возбуждения, становясь доминирующими, в то время как остальные реакции затормаживаются (Ухтомский А. А., 1966). То есть целенаправленность внимания обуславливается тем, что человек воспринимает только то, что на данный момент соответствует его установке, заинтересованности, оставляя на заднем плане все остальное (Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1940).

О роли внешних раздражителей писал В. Штромайер (1926), говоря, что все, чем обладает ребенок в своей психике, является результатом воздействия раздражителей. В. М. Бехтерев (1911) разделял раздражители на внешние, воспринимаемые с помощью органов чувств, и возникающие со стороны «внутренних поверхностей тела» (желудочно-кишечный тракт, сердце, легкие, половые органы и др.), причем органы, воспринимающие действие раздражителя, он называл «трансформаторами энергии». И. М. Сеченов (1871) высказал предположение, что непременным условием нормальной работы мозга является поступление в него некоторого минимума внешних раздражений - световых, звуковых и т.д. Иначе говоря, для того чтобы мозг мог нормально рабо-

тать, необходимо, чтобы его нервные клетки были в активном состоянии, которое создается при определенном притоке в головной мозг минимально необходимой внешней энергии, не вызывающей какой-то специальной деятельности организма (Данилов И. В., 1964). И. П. Павлов (1950) подчеркивал, что для активного состояния нервных клеток необходим не только постоянный приток внешних раздражителей, но и их качественное и количественное разнообразие. Выраженная психическая гипотония приводит к тому, что мозг не способен активно перерабатывать воспринятую пассивно информацию. Вследствие грубых нарушений внимания «невидящий» взгляд скользит без интереса по окружающим лицам и предметам (Воронков Б. В., 2009). Поскольку ребенок развивается в единой аффективной системе со взрослыми, то они также служат источником активности - подъема и поддержания необходимого уровня психического тонуса (Проселкова М. Е. и соавт., 1995; Никольская О. С., 2000; Башина В. М., 2009).

1.4. Типология. Систематика атонической формы умственной отсталости разрабатывалась Д. Н. Исаевым (1968, 1982, 2003). Автор включил в нее три подгруппы: аспонтанно-апатическую, акатизическую и мориоподобную. Отличительными чертами аспонтанно-апатического варианта являлось особенно выраженное обеднение эмоций, снижение активности, резкое ограничение интересов, беспомощность и незащитность в окружающей среде. Акатизический вариант объединял больных, характеризующихся необычной непоседливостью, суетливостью, двигательным беспокойством и зависимостью всех поступков от окружающей среды при отсутствии аффективного напряжения, заинтересованности и целенаправленности. Отличительной особенностью больных с мориоподобным вариантом являлось нелепо-эйфорическое, приподнятое настроение, сочетающееся с разболтанностью, развязностью, расторможенностью, многоречивостью и дурашливым поведением.

1.5. Клиническая картина. Основными клиническими проявлениями атонической формы психического недоразвития считали неспособность к психическому напряжению, колебание психического тонуса, нарушение целенаправленной активности от аспонтанности до двигательного беспокойства, отсутствие планового поведения, апрозексию, нарушение тонкости и точности эмоциональных реакций, неустойчивость аффективного фона, изменение инстинктивных проявлений и др. (Исаев Д. Н., 1982; Воронков Б. В., 2009). Неспособность к психическому напряжению проявлялась в первую очередь в невозможности или крайнем снижении активного сосредоточения. Такие дети очень быстро меняли предмет своих интересов, не задерживаясь на нем, их внимание «скользило» от одного объекта к другому. Они обычно не давали никакого ответа ни на зов, ни на обращенный к ним вопрос. И только повторные, настойчивые и часто более громкие оклики, а иногда и прикосновения заставляли таких детей как-то отреагировать. Первоначальные ответы нередко бывали случайными, нелепыми, не по существу, но, после неоднократных вопросов, дети давали иногда адекватные реакции и тем самым не только показывали понимание вопроса, но и знание предмета, о котором шла речь. Больные, с одной стороны, были не способны ни на чем фиксировать внимание, бесцельно скользили «отсутствующим взглядом» по происходящему вокруг них, а с другой стороны – часами застревали на стереотипной возне с каким-нибудь предметом (Мнухин С. С., 1968; Исаев Д. Н., 1982). Слабость внимания в виде апрозексии при умственной отсталости описывал и В. Штрамайер (1926), отметив, что на таких детей большая часть внешних раздражений не действует.

Невозможность психического напряжения сказывалась и на особенностях деятельности больных, что наиболее ярко проявлялось в бездеятельности или в нелепом однообразном времяпрепровождении за примитивными занятиями, не соответствующими их общему интеллектуальному уровню (Исаев Д. Н., 1968, 2003; Ефремов К. Д., 1974). С. С. Мнухин (1968) отмечал недостаточную

организованность и бесцельность поведения, практическую беспомощность и незащитность. Подобное нарушение поведения описывал и Б. В. Воронков (2009), обращая при этом внимание на наличие странных, а иногда и нелепых поступков. Отличительной чертой значительной части больных была также в большей или меньшей степени выраженная аспонтанность, резкий недостаток или отсутствие активности, столь присущей здоровым детям. Их бездеятельность проявлялась, в том, что они не участвовали в играх и развлечениях, не включались в занятия, не помогали персоналу, не шли на прогулку, а многие из них и вовсе ничем не занимались. У подавляющего большинства этих детей такое снижение активности сочеталось с отсутствием интересов к окружающему (Исаев Д. Н., 1968). Их внешний вид описывали как согбенный, стариковский, обращая внимание на то, что им было трудно подняться с места, трудно втянуться в работу, трудно думать. Все, что они делали, они старались делать с наименьшим усилием. Движения их были вялыми, медлительными, плохо координированными (Кащенко В. П., 1919). Указанные нарушения проявлялись с первого года жизни, а именно - пациенты были «чересчур спокойными», малоподвижными, пассивными, не реагировали на физические неудобства, такие как мокрые пеленки, холод, не проявляли чувства голода. Пассивность становилась еще более очевидной, когда ребенок начинал сидеть (Лебединская К. С., 1991). В. Штротмайер (1926) при торпидной форме умственной недостаточности отмечал неподвижность и крайнее спокойствие детей, бессмысленное выражение лица и пониженную болевую чувствительность. Указанные нарушения сочетались с резким ослаблением и даже полным отсутствием интересов (Мнухин С. С., 1968). О. С. Никольская (2000) указывала также на резкие перепады активности («то бежит, то лежит») как на явную недостаточность психического тонуса. Нередко отмечалось моторное беспокойство в виде непрерывно повторяющихся стереотипных элементарных движений или действий (Исаев Д. Н., 1982; Воронков Б. В., 2009). Аналогичную симптоматику наблюдали М. О. Гуревич (1940) и Н. И. Озерский

(1938), описывая крайне подвижных детей с грубыми нарушениями внимания и интеллектуальным недоразвитием, очевидно имея в виду больных со своеобразным типом психического недоразвития, характеризующихся Д. Н. Исаевым (1968, 1969, 2003), как акатизический и мориоподобный варианты атонической формы олигофрении.

Нарушения активности, по наблюдениям С. С. Мнухина (1968), часто сопровождались недоразвитостью психомоторики больных. Их движения были неточными, неуклюжими, несоразмерными, иногда замедленными или порывистыми. Особенно грубо эти нарушения проявлялись у детей в неспособности овладеть такими относительно тонкими моторными навыками, как одевание, раздевание, самостоятельная еда, застегивание пуговиц, шнурование ботинок, рисование, письмо и т. д. (Ефремов К. Д., 1974). Часть этих детей отличалась медлительностью, такие пациенты выполняли те или иные двигательные акты со значительной задержкой. Больные поздно начинали ходить, не умели прыгать, балансировать и т.д. (Кащенко В. П., 1919; Исаев Д. Н., 1968). Часто отмечались нарушения мышечного тонуса (Лебединская К. С., 1991). Сходные нарушения моторики, характерные для двигательной недостаточности Дюпре, М. О. Гуревич и Н. И. Озерецкий (1930) выявили у эмоционально вялых детей с умственной отсталостью: часто у них была понижена психомоторная активность, оказывалась недостаточной ритмичность при сохранности защитных, выразительных и ассоциированных движений.

Для детей с психической атонией также было характерно нарушение контакта, что выражалось различно: одни пациенты не умели, хотя и желали, общаться со сверстниками, другие - из-за низкой заинтересованности происходящим почти постоянно пребывали в одиночестве (Исаев Д. Н., 1982). У детей школьного возраста недостаточный либо формальный контакт нередко сочетался с развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми (Мнухин С. С., 1968; Воронков Б. В., 2009).

В сфере эмоций у этих пациентов также описывались особенности: бедность эмоций (Воронков Б. В., 2009), отсутствие эмоциональных реакций на новую обстановку (Мнухин С. С., 1968; Воронков Б. В., 2009). Настроение их чаще было нейтральным, у части детей с психической атонией отмечались некоторые колебания фоновой аффективности (Исаев Д. Н., 1968). Стойкое снижение аффективной возбудимости в виде равнодушия, безучастности наблюдалось при торпидной форме слабоумия (Гуревич М. О., Серейский М. Я., 1940). Часть детей этой группы отличалась недостаточной отзывчивостью и неумением синтонно реагировать на переживания окружающих людей (Исаев Д. Н., 1982). Ряд авторов (Кащенко В. П., 1919; Исаев Д. Н., 1982) полагали, что, несмотря на крайнее снижение аффективной возбудимости, область чувств им доступна, однако она требует более сильных, чем для обычного ребенка, раздражителей.

Особенностями мышления при атонической форме резидуального поражения головного мозга являлись его «заумность», витиеватость, наличие неожиданных сентенций (Мнухин С. С., 1968), а также склонность к резонерству, умственной жвачке, причудливым малосодержательным и монотонным фантазиям, наличие своеобразных шизоформных картин, напоминающих своими проявлениями шизоидную психопатию (Воронков Б. В., 2009). У болезненно медлительных школьников В. П. Кащенко (1919) отмечал вялость и ослабленный темп мыслительных процессов.

Что касается интеллекта, то чаще отмечалось его неглубокое снижение (Мнухин С. С., 1968; Воронков Б. В., 2009). Но, в то же время, было характерно, что даже при отсутствии грубого интеллектуального снижения эти дети «схватывали» и в жизни, и на картинках лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить какие-либо связи между ними (Мнухин С. С., 1968). Это часто приводило к внешнему феномену их как бы педагогической запущенности (Кащенко В. П., 1919). Для атонической формы умственного недоразвития

была характерна длительная, годами длящаяся неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, достигающая нередко степени алексии, аграфии и акалькулии, а также еще более длительные нарушения «рядоговорения», т. е. способности заучивать и перечислять в прямом и, особенно, в обратном порядке дни недели, месяцы, алфавит и др., длительная, иногда до 10-12-летнего возраста, неспособность правильно ориентироваться в сторонах своего тела, столь же длительные нарушения способности овладения многими другими практическими действиями, состоящими из ряда последовательных операций (способности самостоятельно одеваться и раздеваться и др.) (Прокопова Е. Д., 1953; Мнухин С. С., 1968; Ефремов К. Д., 1974; Воронков Б. В., 2009). Эти достаточно грубые нарушения всегда были выражены явно несоразмерно относительно легкой степени умственной отсталости, что позволяло в этих случаях говорить о подлинно неравномерном или дисгармоническом интеллектуальном недоразвитии.

Вместе с тем такие дети нередко хорошо запоминали и воспроизводили длинные стихи и сказки, слова и мотивы сложных песен (Мнухин С. С., 1968), обладали хорошим слухом и музыкальной памятью (Исаев Д. Н., 1982).

Практически у всех больных имелись те или другие нарушения стройности, целенаправленности, темпа, содержательности речи, а также произношения (Исаев Д. Н., 1982). С. С. Мнухин (1968) обращал внимание на бессодержательность и бесцельность речевой продукции, склонность к механическому воспроизведению отрывков речи окружающих, наличие эхоталий, стереотипий и др. Некоторые из этих детей долго говорили о себе в третьем лице («Миша хочет кушать», «Он хочет гулять»), что связывалось с длительной задержкой формирования самосознания. Б. В. Воронков (2009, 2012) отмечал склонность детей с атонической резидуальной психопатией к употреблению сложных речевых шаблонов, частое задавание отвлеченных вопросов без стремления услышать ответ.

У детей с психической атонией было выявлено ослабление всех безусловно-рефлекторных реакций - ориентировочных, пищевых, оборонительных, а иногда и пищевых (Мнухин С. С., 1968). Указывалось, что часть детей с атонической формой олигофрении отказывались от твердой пищи или, наоборот, от жидкой, и не принимали никаких неизвестных для них блюд. У одних пациентов отсутствовали представления об опасности, другие - оказывались «нечувствительными» к болевым ощущениям (Исаев Д. Н., 1968). Большая часть гиповозбудимых детей в раннем детстве плохо брали грудь, мало сосали. В ряде случаев наблюдалось «отсутствие пищевого рефлекса» - явления анорексии, у многих отмечались срыгивания, рвота, желудочно-кишечные дискинезии (Лебединская К. С., 1991). Еще более характерны различные нарушения сна: длительное засыпание (в течение 2-3 ч.), прерывистость, значительное смещение времени сна, отсутствие его днем, беспокойство в определенные часы сна (Лебединская К. С., 1991).

1.6. Особенности неврологических проявлений. Общее психическое недоразвитие у детей с атонической формой олигофрении сочеталось часто с различными неврологическими нарушениями. У многих имело место повышенное внутричерепное давление, парезы конечностей, гиперкинезы, психомоторные, малые и др. приступы (Исаев Д. Н., 1968, 1982, 2003; Ефремов К. Д., 1974). Экстрапирамидная симптоматика обнаруживалась у незначительного количества пациентов, в то время как мышечная гипотония у них была очень частым явлением. Значительное распространение имели вегетативные расстройства, головные боли, тошнота, рвота, отрыжка, диспластическое строение тела (непропорционально малые конечности, особенно их дистальные отделы, деформации ушей, лица, нёба, мозгового черепа и др.), выраженное ожирение (в ряде случаев по типу адипозогенитализма) и др. (Исаев Д. Н., 1968, 1982). Атонической форме недоразвития часто сопутствовало раннее возникновение эпилептических приступов, при этом болезнь протекала либо осо-

бенно тяжело, либо, наоборот, отмечалось сравнительно скорое, после возникновения, угасание их частоты и выраженности, а иногда и окончательное исчезновение (Воронков Б. В., 2009). Тяжелые формы эпилепсия выражались в «статусообразном» течении болезни, в «молниеносных» и «кивательных» приступах, а более легкие - в изолированных аурах и вегетативных кризах диэнцефального типа с тошнотой и рвотой, в приступах непроизвольного смеха или плача, в «фебрильных» приступах, протекающих со значительным повышением температуры тела и др. Отмечено, что у некоторых больных этой группы, страдающих сочетанием шизоформных характерологических черт психики с эпилептическими приступами, приступы возникали сезонно, главным образом весной или осенью, либо более или менее строго периодически - в начале каждого месяца, на протяжении 2-3 дней, по 2-3 приступа в день и т. п. (Мнухин С. С., 1968).

Атонической форме резидуально-органического поражения головного мозга нередко сопутствовали парезы и параличи. Чаще наблюдался гипотонический гемипарез с хореоатетодным гиперкинезом и снижением мышечного тонуса. При левополушарных параличах (парез справа) интеллектуальное снижение отмечалось чаще и было более выраженным, чем при правополушарных параличах, при которых пациенты отличались пассивностью и вялостью, то есть выявлялись атонические психические проявления (Воронков Б. В., 2009).

На основании исследования более 100 детей с гемипарезами и приступами С. С. Мнухиным (1968) были выявлены гипо- и атонические особенности психики. Выраженность нарушений психического тонуса при этом у пациентов зависела от степени интеллектуальной недостаточности. Так, у детей с правосторонними гемипарезами и приступами в сочетании с интеллектуальным недоразвитием преобладало снижение эмоционального тонуса, бедность и слабость эмоциональных проявлений, уплощенность и нивелировка личностных черт, недостаточная активность, инициативность, живость и гибкость психики. В то же время у детей без интеллектуального снижения при наличии

правосторонних гемипарезов и припадков не отмечалось существенных эмоциональных расстройств, они были спокойными, организованными, иногда несколько вялыми и уплощенными в выражении эмоций (Мнухин С. С., 1968). При левополушарных (атонических) парезах припадки, как правило, были «примитивными», с глубоким помрачением сознания и выраженным постприпадочным оглушением (Воронков Б. В., 2009).

1.7. Параклинические и психологические исследования. В литературе имеются данные об особенностях выявленных изменений на ЭЭГ, кожно-гальванической реакции, биохимических исследованиях. Нарушения двигательной сферы выявлялись с помощью методики Н. И. Озерецкого (1929, 1930) и двигательноречевой методики А. Г. Иванова-Смоленского (Мнухин С. С., 1968).

Н. Н. Зислина (1960) утверждала, что характер изменений в ЭЭГ зависит не только от степени интеллектуального недоразвития, но и от качественного своеобразия дефекта. Так, например, лобно-диэнцефальную симптоматику у больных она связала с гиперсинхронизацией ритмов и локальными изменениями в лобных отделах головного мозга. В ЭЭГ детей с атонической формой недоразвития был выявлен ряд особенностей: преобладание медленной низкоамплитудной активности, наличие острых волн, нарушение устойчивости основного ритма, появление спонтанных гиперсинхронизаций, слабость или отсутствие реакций на свет и звук, неусвоение ритмов фотостимуляции. Эти нарушения имели преимущественно диффузный характер (только у 25% больных выявлены фокальные нарушения) (Ефремов К. Д., Исаев Д. Н., 1968; Исаев Д. Н., Поппе Г. К., 1968). Выявленное преобладание грубых и стойких нарушений биоэлектрической активности указывало на выраженность нейродинамических сдвигов и органический характер поражения головного мозга (Ефремов К. Д., 1974). Общее снижение амплитуд, замедление колебаний во всех областях головного мозга, большое число плоских и «немых» электроэнцефалограмм, дезорганизация биоэлектрической активности, выражающаяся

в различных степенях дизритмии, свидетельствовали о значительном снижении энергетического потенциала, ослаблении процесса внутренней и нарушении дистантной синхронизации, выраженном дефиците активирующих восходящих влияний со стороны ретикулярной формации и поражением главным образом каудальных отделов мозга (Райт М. И., 1970).

Проведенные исследования кожно-гальванических реакций (КГР) у всех больных с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга показали их слабую выраженность и уравниенность на разные по силе и качеству раздражители со средним по продолжительности латентным периодом, не превышающим 0,003 сек. (Исаев Д. Н., 1968, Ефремов К. Д., 1974). В большинстве случаев наблюдались и спонтанные КГР, возникающие без всяких видимых стимулов. Слабая выраженность КГР, ее полное отсутствие, либо нарушение четкой связи с раздражителями и легкость возникновения спонтанных КГР свидетельствовало о грубом нарушении ориентировочного рефлекса и указывало на нарушение первичной переработки поступающей в мозг информации (Латаш Л. П., 1966, 1968-а, 1968-б).

У ряда больных на рентгенограммах черепа выявлялись признаки повышения внутричерепного давления (ярко выраженный сосудистый рисунок, углубление желобов синусов и пахионовых ямок).

В результатах биохимических исследований у больных с атонической формой умственной отсталости были выявлены значительные изменения общего уровня белка, альбумина, гамма-глобулина и холестерина крови. Низкий уровень этих биохимических показателей и большой разброс индивидуальных показателей содержания серотонина и экскреции 17-кетостероидов указывал на значительные сдвиги в метаболизме и функционировании гипоталамуса и других подкорковых образований (Исаев Д. Н., 1968). Б. В. Воронков также выявил снижение экскреции уропепсина (цит. по: Исаев Д. Н., 1968).

При психологическом обследовании больных с атонической формой умственной отсталости Д. Н. Исаев (1968) с помощью ревизованной шкалы Стенфорд-Бине вывил, что интеллектуальная зрелость у них в среднем на 4-5 лет меньше хронологического возраста. Столь низкая оценка интеллекта, по мнению автора, была связана со своеобразием психического дефекта, его неравномерностью, не позволяющими произвести измерения более точно. С помощью шкалы Векслера были получены следующие данные: средний общий интеллектуальный показатель (ОИП) у этих детей равен 55, средний вербальный интеллектуальный показатель (ВИП) равен 59, а средний невербальный интеллектуальный показатель (НИП) - 43. Низкая последняя оценка, по мнению Д. Н. Исаева (1982), являлась характерной особенностью пациентов с психической атонией. Результаты исследований позволили ему говорить о неумении этих детей по частичной информации воссоздать целое, охватить всю ситуацию, овладеть новым навыком, проявить внимательность и настойчивость. Другие пробы свидетельствовали о недостаточной логичности мышления, неспособности к самостоятельным суждениям, малом объеме знаний и отсутствии интересов. На этом фоне несколько лучше обстояло дело с кратковременной памятью, с запасом «формальных» знаний, которые пациенты, однако, почти не использовали в жизни. Исследование памяти показало своеобразное ее нарушение. При первичном и повторном (через 1 мин) запоминании 5 или 10 слов больные показывали удовлетворительные результаты. Однако в последующем число воспроизводимых слов резко уменьшалось, и конечный результат не превышал половины предъявляемого для запоминания материала. Исследование внимания у больных этой группы обнаружило его крайне грубые расстройства – нарушение объема, концентрации и переключаемости. Методика классификации показала, что эти дети, даже владея обобщающими понятиями, практически не справлялись с предлагаемым психологическим тестом. Выполнение больными конструктивных задач Гольдштейна – Ширера указало

на низкий уровень абстрактного мышления, на недостаточное развитие способности к анализу и синтезу даже на конкретном материале. Лексикон больных был далеко не удовлетворителен. Анализ заданий по методике Бендер и рисунков фигуры человека, дома и пр. также показал почти полную их неспособность к графическому отображению зрительных восприятий и представлений. Выявлялись, хотя и незначительные, но все же имеющиеся приспособительные возможности. Последние выражались в некоторой способности к житейской ориентировке, выполнению элементарных домашних дел, детским играм и т. д. При достаточной стимуляции испытуемые проявляли себя относительно лучше, чем можно было бы ожидать по результатам исследований (Исаев Д. Н., 1982).

С помощью двигательнo-речевой методики А. Г. Иванова-Смоленского у лиц с атонической формой интеллектуального снижения была выявлена, как правило, более или менее резкая слабость возбудительного процесса, быстрая его истощаемость; у них плохо образовывались условные рефлексy на системы с последовательно действующими раздражителями, а словесные ответы часто оказывались лучшими, чем непосредственные реакции (Мнухин С. С., 1968). Исследование моторики с помощью методики Н. И. Озерецкого выявило выраженное отставание двигательных способностей в среднем на 5 лет и ниже (Исаев Д. Н., 1982).

1.8. Лечение. В настоящее время в доступной литературе найдено не много указаний на предпочтения в выборе используемой терапии при атонических синдромальных особенностях психического состояния. Это обстоятельство вынуждает лишь условно, базируясь преимущественно на эмпирическом опыте авторов, говорить об особенностях психофармакологических воздействий при этих состояниях.

Для уменьшения апрозексии и упорядочения поведения детей с атонической формой олигофрении Д. Н. Исаев (1982) предлагал использовать амит-

риптилин по 6 мг 3-5 раз в день, отмечая его особую эффективность в сочетании с тиоридазином. В других случаях более эффективными оказывались иные сочетания: имипрамина с тиоридазином, имипрамина с резерпином, амитриптилина с галоперидолом, амитриптилина с левомепромазином или имипрамина с левомепромазином. В результате лечения пациенты становились более активными, общительными, их поведение упорядочивалось, становилось целенаправленным, уменьшалось двигательное беспокойство, возрастала продуктивность (Лупандин В. М., 1978). Больным с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга, у которых на первый план выступали вялость, апатичность, безынициативность и апрозексия, эффективным оказалось назначение леводопы. В результате лечения пациенты становились оживленнее, разговорчивее, легче вступали в контакт. Аминалон и церебролизин более эффективными оказывались у детей с особенно заметным снижением психического тонуса и грубыми нарушениями речевого развития. Указывалось, что ввиду высокой судорожной готовности всех больных с атонической формой лечение необходимо сочетать с противосудорожными средствами. Благоприятный результат может быть достигнут чередованием курсов аминалона или церебролизина с леводопой (Исаев Д. Н., 1982).

Большую роль в реабилитации детей с психической атонией играют родители и педагоги. Известно, что при настойчивой стимуляции удавалось в большинстве случаев заставить таких пациентов «собраться», «мобилизоваться» и давать нередко более или менее правильные ответы на вопросы и проявлять более адекватные эмоциональные реакции (Кащенко В. П., 1919; Исаев Д. Н., 1968; Мнухин С. С., 1968; Никольская О. С., 2000; Воронков Б. В., 2009). Так, например, половина больных (из общего количества наблюдавшихся) под влиянием постоянных побуждений в процессе индивидуальных занятий смогли освоить чтение, письмо, а часть из них и счетные операции (Исаев Д. Н., 1982).

Заключение. История изучения проблемы психической атонии насчитывает более 100 лет. За это время были описаны основные диагностические критерии расстройства, определён ряд заболеваний, для которых характерно снижение психического тонуса, предложены параклинические методы исследования, разработаны некоторые терапевтические подходы при этих состояниях. Анализ литературных данных позволяет говорить о значительном сходстве атонических проявлений при умственной отсталости и резидуальных последствиях черепно-мозговых травм и энцефалитов, что подтверждается не только общностью клинической картины, но и данными инструментальных и психодиагностических исследований. Эта связь тем более очевидна, учитывая, что перинатальная патология, в особенности гипоксически-ишемическое поражение головного мозга, выявляемая у преимущественного числа пациентов, по своим разрушительным воздействиям приравнивается к травме головного мозга. В патогенезе психической атонии умственно отсталых детей и пациентов с резидуальными мозговыми явлениями также имеется сходство: в обоих случаях центральным звеном является нарушение работы подкорковых систем, в особенности ретикулярной формации, приводящее к целому комплексу взаимосвязанных специфических клинических проявлений. Все это приводит к мысли, что ведущим этиологическим фактором атонической формы умственной отсталости является именно резидуально-органическое поражение головного мозга как результат перинатальной патологии. При этом в изученной литературе нет четких указаний на то, какую роль занимает психическая атония в формировании и динамике умственной отсталости.

Следует отметить, что более 40 последних лет психическая атония не изучалась в необходимом объеме, в силу чего имеющиеся на сегодняшний день методы исследования и лечения этих состояний во многом устарели и не удовлетворяют современным стандартам. Кроме того, понимание патогенеза атонических расстройств нуждается в уточнении с точки зрения современных

данных нейрофизиологии. Также неясными остаются вопросы о распространенности данного расстройства как при умственной отсталости, так и при ряде резидуально-органических поражений головного мозга.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

Материалом исследования послужили 225 пациентов в возрасте от 3-х до 11 лет, имеющих в клинической картине интеллектуальное недоразвитие от уровня легкой дебильности до уровня умеренной умственной отсталости включительно. Из них 123 ребенка имели в клинической картине значительно выраженное расстройство внимания, не соответствующее уровню психического недоразвития, а также характерные для «атонических» пациентов особенности поведения и контакта с окружающими – эти дети составили экспериментальную группу. У остальных 102 пациентов нарушения внимания соответствовали уровню психического развития, а клиническая картина не содержала признаков психической атонии – эти испытуемые составили группу сравнения.

Обследованные пациенты проходили стационарное и амбулаторное лечение в отделении детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева Минздрава России с 2008 по 2013 гг.

Лонгитудинальное клинико-динамическое исследование было проведено у 43 детей. Катамнез составил от 1 до 6 лет.

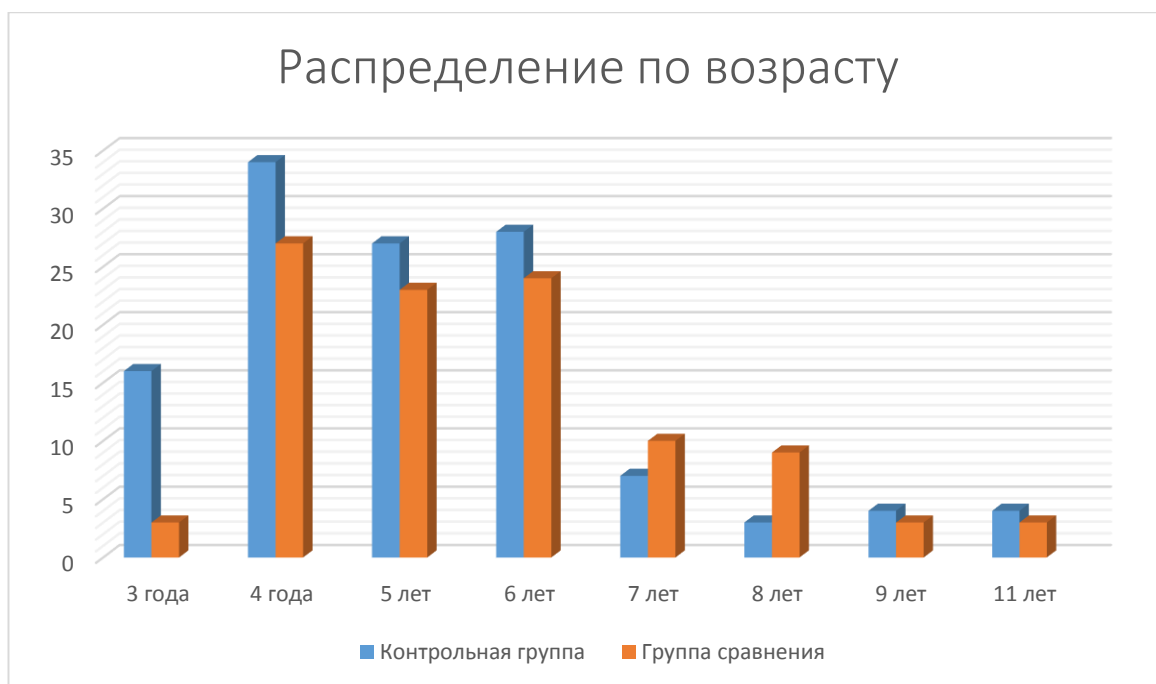
Распределение по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение по возрасту в экспериментальной группе и группе сравнения

Возраст	Эксперимент. группа (n=123)	Группа сравнения (n=102)
3 года	16	3
4 года	34	27
5 лет	27	23
6 лет	28	24
7 лет	7	10
8 лет	3	9
9 лет	4	3

11 лет	4	3
Всего	123	102

Рисунок 1. Распределение по возрасту в экспериментальной группе и группе сравнения



Средний возраст испытуемых как в экспериментальной группе, так и в группе сравнения составил $5 \pm 1,5$ лет, медиана 5 лет, что свидетельствует о сопоставимости данных групп по возрасту.

Распределение по полу в экспериментальной группе: 106 мальчиков (86 %) и 17 (14 %) девочек. В группе сравнения: 79 (87 %) мальчиков и 11 (13 %) девочек. Существенных различий в изучаемых группах по полу не выявлено. В обеих группах преобладает количество мальчиков по отношению к количеству девочек в соотношении примерно 1/6 – 1/7.

**Рисунок 2. Распределение по полу в экспериментальной группе
и группе сравнения**



Диагноз умственной отсталости основывался в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) (Милевский М. М., 2006). Распределение по диагнозам представлено в следующей таблице:

Таблица 2. Распределение по диагнозам

Диагноз	Шифры МКБ - 10	Эксперимент. группа (n=123)	%	Группа сравнения (n=102)	%	Достоверность (p)
Легкая умственная отсталость	F 70	72	59	64	63	p > 0,05
Умеренная умственная отсталость	F 71	51	41	38	37	p > 0,05

Легкая умственная отсталость была диагностирована у 132 пациентов, из них 72 ребенка вошли в экспериментальную группу и 60 - в группу сравнения. С диагнозом умеренная умственная отсталость обследован 81 пациент, из них 51 ребенок включен в экспериментальную группу и 38 – в группу сравнения. Достоверных различий по диагнозам между группами испытуемых не выявлено ($p > 0,05$), что свидетельствует о сопоставимости данных групп.

В 6 случаях сопутствующим диагнозом была симптоматическая эпилепсия. Также в 1 случае была диагностирована агнозия речи. В группе сравнения эпилепсия диагностирована в 9 случаях.

Таблица 3. Распределение по синдромам

Синдром	Эксперимент. группа (n=123)	%	Группа сравнения (n=102)	%	Достоверность (p)
Гипердинамический синдром	29	23,6	33	32,3	0,165233
Аутистический синдром	26	21,1	0	0	0,008485
Синдром дефицита внимания	1	0,8	0	0	0,920222
СВЧГ и гипертензионно-гидроцефальный синдром	14	11,3	0	0	0,156545
Синдром мышечной дистонии	2	1,6	0	0	0,840359
Миотонический синдром	4	3,3	0	0	0,686218
Синдром пирамидной недостаточности	2	1,6	0	0	0,840359
Синдром статикомоторной недостаточности	2	1,6	0	0	0,840359

В таблице 3 представлены синдромы, которые выносились в заключительный диагноз испытуемых: в экспериментальной группе таких синдромов отмечено 8, в группе сравнения - 1. Анализ этих данных позволяет заключить следующее: 1) самым частым синдромом в экспериментальной группе был аутистический (21,1 %), что связано с особенностями клинической картины испытуемых, производящих впечатление малоконтактных за счет трудности привлечения внимания; 2) гипердинамический синдром занимает второе место по частоте встречаемости в экспериментальной группе (23,6 %), и первое место в группе сравнения (32,3 %); 3) особенностью экспериментальной группы является наличие у испытуемых различных неврологических синдромов (синдром внутричерепной гипертензии и гипертензионно-гидроцефальный синдром – 11,3 %, миотонический синдром – 3,3 %, синдром мышечной

дистонии – 1,6 %, синдром пирамидной и статикомоторной недостаточности по 1,6 % соответственно). Однако малое количество диагностированных синдромов позволяет говорить о достоверности различия двух групп только в случае аутистического синдрома ($p < 0,05$), в отношении других синдромов статистически значимых различий между группами выявлено было.

2.2. Методы исследования

2.2.1. Клинико-психопатологический метод, который включал в себя анализ: текущего психического состояния пациентов в процессе диагностического наблюдения и беседы, подробных анамнестических данных, полученных от родителей, а также имеющихся в медицинской документации (медицинских картах и выписках из историй болезней предыдущих госпитализаций, если таковые были в наличии). Наряду с этим, учитывались сведения, почерпнутые из характеристик пациентов, данных им в детских дошкольных учреждениях, школах и реабилитационных детских центрах.

2.2.2. Кроме обследования врачом-психиатром, все дети были консультированы клиническим психологом и логопедом. Пациенты, у которых отсутствовала медицинская документация о неврологических осмотрах, были обследованы неврологом. По мере необходимости часть детей проходили дополнительные обследования педиатра, эндокринолога, отоларинголога, медицинского генетика, окулиста.

2.2.3. Клинико-психологические методы обследования. Для оценки уровня психического развития и характера протекания когнитивных процессов использовались следующие экспериментально-психологические методики:

1. Тест Векслера (детский вариант WISP, адаптированный А. Ю. Панасюком, 1973), который проводился у детей с 5 до 9 лет для исследования структуры интеллекта.

2. Прогрессивные матрицы Равена использовались у детей с 5 лет (детский вариант) и с 8 лет (так называемый «взрослый вариант») для исследования визуального (линейного, структурного, динамического) мышления, для определения реального потенциала обучаемости детей (Равен Дж. К., 1977; Мухордова О. Е., 2011).

3. Таблицы Шульте использовались у детей с 8 лет для исследования свойств активного внимания (переключаемости, концентрации) (Альманах психологических тестов, 1995).

4. Тест Тулуз-Пьерона проводился у детей, начиная с 5 – 6 лет, для определения скорости переработки информации, внимательности (уровня развития концентрации внимания) (Ясюкова Л. А., 1997, 1999).

5. Корректирующая проба («Вычеркивание фигур» (детский вариант) – проводилась у детей с 5 лет до 12 лет) использовалась для диагностики внимания (исследование степени сформированности устойчивости, концентрации, переключаемости, распределения внимания) (Альманах психологических тестов, 1995).

6. Проба на запоминание слов (с 3 лет – 3 слова, затем к каждому году ребенка прибавляется по 1 слову, в 6-7 лет – 7 слов, запоминание 10 слов – с 8 лет) проводилась для исследования процессов памяти (запоминания, сохранения, воспроизведения) (Семаго Н. Я., 2005).

7. Метод исключения 4 лишнего (невербальный вариант (при анализе результатов выделяют варианты объединения трех предметов по отношению к четвертому) – с 3 лет; вербальный вариант – с 5 лет) использовался для определения уровня мышления (обобщения, исключения), интеллекта (Белопольская Н. Л., 2009).

8. Для выявления состояния наглядно-действенного мышления использовались методики: складывание пирамидки, «Доски Сегена» (Левченко И. Ю., 2000).

9. Для исследования наглядно-образного мышления использовалась методика «Складывание разрезной картинки» (Левченко И. Ю., 2000).

Для качественной оценки состояния высших психических функций применялась нейропсихологическая методика, адаптированная для исследования детей (Марковская И. Ф., 1993; Левченко И. Ю., 2000). Данная методика включала: исследование зрительного гнозиса, слухового гнозиса, пространственного и временного восприятия, исследование конструктивного праксиса, памяти и мышления, а также графических навыков. Оценка результатов каждого задания проводилась по пятибалльной шкале.

2.2.4. Инструментальные методы исследования. Всем детям было проведено ЭЭГ – обследование, по мере необходимости назначались ЭЭГ- видеомониторинг ночного сна, МРТ головного мозга, ТКДГ и УЗДГ брахиоцефальных сосудов, РЭГ, КТ головного мозга.

2.2.5. Результаты обследования заносились в специально разработанные анкеты, а затем в компьютерную базу данных – с целью дальнейшего статистически-математического анализа. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 10). Однородность состава сравниваемых групп больных оценивали по критерию Колмогорова-Смирнова. Оценку достоверности различий между средними при нормальном распределении проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Сопоставление частотных характеристик качественных показателей осуществлялось с помощью непараметрических методов - показатель соответствия (χ^2), χ^2 с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера. Для сравнения количественных параметров двух независимых ненормально распределенных выборок использовался U-тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test). Для установления корреляционных связей применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Анамнестические сведения

3.1.1. Семейная и наследственная ситуация

Большая часть испытуемых экспериментальной группы (117 детей) жили и воспитывались в полных семьях, в 2-х случаях дети росли без матерей (которые в обоих случаях были лишены родительских прав), в 4-х случаях – без отцов (2-е из них не проживали с семьей в связи с разводом, 2 отца были лишены родительских прав), 1 ребенок рос в семье приемных родителей.

Характерологическими особенностями обладали 6 матерей и 9 отцов испытуемых. Возбудимые черты были характерны для 3-х матерей и 2-х отцов, тревожно-мнительными особенностями обладали 2 матери и 1 отец, шизоидные черты отмечались у 4 отцов, неустойчивый радикал имел место у 1 матери и 2-х отцов. В целом наследственность по нервно-психическим заболеваниям была отягощена у 10 испытуемых: интеллектуальные нарушения и задержки развития отмечались в 3 случаях, эпилепсия – 2-х случаях, алкоголизм – 3-х случаях, наркозависимость – 2-х случаях, обсессивно-компульсивное расстройство – 1-м случае. У 52 испытуемых имелись братья или сестры, у 7 сиблингов отмечались отклонения в развитии: у 5 - отставание в речевом развитии, у 1 – органический аутизм, у 1 – ранний детский аутизм. 2 ребенка экспериментальной группы были из двойни, их близнецы отклонений в нервно-психическом развитии не имели.

Представленные данные по экспериментальной группе позволяют говорить об отсутствии явной зависимости формирования атонических нарушений от семейной ситуации и личностных особенностей родителей пациентов, а отягощенность наследственности по нервно-психическим заболеваниям скорее влияет на развитие умственной отсталости вообще, нежели отдельно на атоническую форму.

3.1.2. Перинатальный анамнез

Изучение медицинской документации (детских медицинских карт, выписок из историй болезней) пациентов позволило выявить отягощенный перинатальный анамнез у преимущественного большинства испытуемых обеих групп: у 112 (91%) детей экспериментальной группы и у 94 (92,1%) группы сравнения. Распределение групп перинатальной патологии представлено в таблице 4.

Таблица 4. Распределение по группам перинатальной патологии

	Эксперимент. группа (n=123)	%	Группа сравне- ния (n=102)	%	Достовер- ность (p)
Отягощенный перина- тальный анамнез	112	91,0	94	92,1	0,887933
Отягощенный акушер- ский анамнез	48	39,0	31	30,4	0,265725
Пренатальная патология и вредности	91	73,9	71	69,6	0,529325
Натальная патология и вредности	31	25,2	37	36,3	0,153373
Роды раньше срока	14	11,4	10	9,8	0,839418
Роды позже срока	3	2,4	7	6,8	0,568777
Недоношенность	9	6,5	7	6,8	0,954065
Переношенность	1	0,8	2	1,9	0,883059
Перинатальная сомати- ческая патология	40	32,5	44	43,1	0,170972
Масса до 2500 г	7	5,7	9	8,8	0,686788
Масса больше 4000 г	6	4,9	7	6,8	0,798648
Перинатальная невроло- гическая патология	61	49,5	70	68,6	0,018242
Внутриутробная гипо- ксия	53	43,1	51	50	0,373047
Асфиксия в родах	15	12,1	13	12,7	0,944237

Отягощенность акушерского анамнеза оценивалась по наличию следующих анамнестических данных: повторные аборт, самопроизвольные аборт,

мертворождение или смерть детей в неонатальном периоде, длительные проблемы с зачатием, отслойка плаценты, операции на матке и др. Как видно из таблицы 4, отягощенность акушерского анамнеза была характерной для большого количества матерей в обеих группах и составила 39,0% в экспериментальной группе и 30,4% в группе сравнения ($p>0,05$).

Пренатальная патология и вредности включали острые и/или обострение хронических соматических заболеваний матери во время беременности, маточные кровотечения, повышенный тонус матки, аномалии прикрепления плаценты и ее отслойку, фетоплацентарную недостаточность, тяжело протекающие гестозы, угрозу прерывания беременности, внутриутробную гипоксию плода, прием лекарственных препаратов, влияющих на развитие плода, алкоголизм и наркоманию матери и др. Наличие одного или нескольких из перечисленных признаков в анамнезе было отмечено у 91 ребенка (73,9%) экспериментальной группы и у 71 пациента экспериментальной группы (69,6%) ($p>0,05$), что свидетельствует, с одной стороны, об отсутствии значимых различий между группами по данному критерию, а с другой стороны, обращает внимание на значительную распространенность данной патологии у детей с умственной отсталостью.

Чуть реже отмечались натальные вредности (длительный безводный период, экстренное «кесарево сечение», травмы и применение ручных пособий во время родов, слабость родовой деятельности, стремительные роды, затянувшиеся роды, обвитие пуповиной и асфиксия в родах и др.), которые были выявлены у 31 ребенка (25,2 %) экспериментальной группы и у 37 детей (36,3%) группы сравнения ($p>0,05$). В данном случае значимых различий между группами также не было выявлено.

Несмотря на то, что в целом картина перинатальной патологии выглядит достаточно однотипно в обеих группах, имеются достоверные отличия в частоте неврологических проявлений: в группе сравнения такие нарушения выявлялись значительно чаще, чем в экспериментальной группе и составили

68,6% и 49,5% соответственно ($p < 0,05$). Неврологическая симптоматика была тесно связана с внутриутробной гипоксией плода, которая недостоверно чаще фигурирует в анамнезе детей группы сравнения - 51%, в то время как в экспериментальной группе встречается только в 43,1% случаев ($p > 0,05$).

Подводя итог, можно сделать вывод о большой значимости перинатальной патологии в формировании умственной отсталости, в то время как исключительная роль данных нарушений в этиологии атонической формы олигофрении не нашла достоверных подтверждений.

3.2. Особенности клинической картины

3.2.1. Интеллектуальное развитие

Оценка интеллектуального развития пациентов экспериментальной группы с использованием стандартизированных клинико-психологических методик была значительно затруднена ввиду выраженных расстройств внимания, нарушения речи, контроля за поведением и особенностями контакта с окружающими, о чем подробнее изложено в главе 3.3. В связи с этим определение уровня интеллекта основывалось на диагностических критериях Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) (Милевский М. М., 2006) с использованием нестандартизированных клинико-психологических методик.

В результате исследования были получены следующие данные: уровень интеллекта, соответствующий дебильности, обнаружен у 72 человек (59%), при этом легкая ее степень была установлена у 38 испытуемых (31%), а умеренная и тяжелая - у 34 испытуемых (28%), у 51 больного (41%) отмечалась умеренная умственная отсталость. Следует отметить значительную неравномерность структуры интеллекта у всех детей.

Таблица 5. Распределение по уровню интеллекта в экспериментальной группе и группе сравнения

Уровень интеллектуального развития		Эксперимент. группа (n=123)	%	Группа сравнения (n=102)	%	Достоверность (p)
Легкая умственная отсталость, в том числе:		72	59	64	62	
	легкая форма дебильности	38	31	34	33	0,762108
	умеренная и тяжелая формы	34	28	30	29	0,188339
Умеренная умственная отсталость		51	41	38	37	0,311696
Итого		123	100	102	100	

Данные о распределении пациентов по уровню интеллектуального развития, представленные в таблице № 5, не имеют значимых различий и позволяют сделать выводы о совместимости экспериментальной группы и группы сравнения (во всех случаях $p > 0,05$).

3.2.2. Особенности функции внимания

Нарушения внимания отмечались у всех детей экспериментальной группы. Во-первых, для них было характерно значительное затруднение или невозможность привлечения внимания (гипопрозеция или апрозеция соответственно): они не реагировали на оклик по имени либо реагировали после многократных повторений, нередко избирательно реагировали только на оклик матери (см. приложение 1 на стр. 98, клинические примеры № 1, 2). Из-за сложностей привлечения внимания пациентов аудиальными стимулами, у родителей и врачей нередко создавалось впечатление о том, что дети не слышат, однако проведенные отоларингологами и врачами-сурдологами обследования позволили исключить патологию слуха у испытуемых. Тем не менее, речевые инструкции не воспринимались пациентами с первого раза, даже если было известно, что они знают и понимают инструкцию. Наблюдения показали,

что дети все-таки реагировали на речь, но только при многократных настойчивых повторениях, либо в ситуациях, значимых и интересных для них. Нередко пациенты вначале давали случайные, не относящиеся к вопросу ответы, что демонстрирует клинический пример № 3 (см. приложение 1, стр. 104). Но при более настойчивом привлечении внимания такие дети оказывались способными реагировать достаточно адекватно. Отсутствие реакции пациентов отмечалось не только в отношении речи, их внимание также не всегда удавалось привлечь игрушками, яркими картинками, различными дидактическими и развивающими материалами (см. приложение 1 на стр. 98, клинический пример № 1,). В то же время в большинстве случаев дети реагировали на прикосновения, их внимание могло быть привлечено телевизором, компьютером, музыкальными игрушками. В целом в экспериментальной группе невозможность привлечения внимания, т.е. апрозексия, отмечалась у 36 (29,3%) детей. После многократных повторов и дополнительной вербальной и тактильной стимуляции внимание удавалось привлечь у 87 (70,7%) пациентов. В группе сравнения достаточно легко привлекалось внимание 88 (86,3%) детей и с некоторым затруднением - 14 (13,8%) детей ($p < 0,05$). Полученные различия в экспериментальной и сравниваемой группах достоверно подтверждают наличие апрозексии (гипоапрозексии) у детей с признаками психической атонии как одной из существенных и, одновременно, отличающих от сравниваемых пациентов, характеристик их психической недостаточности.

Функция произвольного внимания у большинства детей экспериментальной группы была либо не сформирована, либо сформирована недостаточно. Проявлялось это в невозможности длительно заниматься интересной и значимой для ребенка деятельностью (например, играть, собирать конструктор, рисовать, просматривать мультфильмы). Только 87 пациентов (71%) экспериментальной группы были способны удерживать внимание на предмете при наличии интереса к нему в течение 15 минут и более, но при этом 45 из них (52%) часто отвлекались на деятельность, не связанную с текущей ситуацией,

что характеризовало непроизвольное внимание как неустойчивое. У 36 испытуемых (29%) нарушение функции непроизвольного внимания было выражено в крайней степени. Проявляться это могло по-разному. В одних случаях это было «полевое» поведение, когда ребенок безостановочно бесцельно перемещался по помещению, брал различные предметы, попадающие в поле его зрения, тут же их оставлял и тянулся за новыми, не фиксируя свой взгляд ни на одном из них (см. приложение 1 на стр. 98, клинический пример № 1). В других случаях отсутствие непроизвольного внимания проявлялось в полной бездеятельности пациентов, когда они большую часть времени проводили сидя на кровати, ни на что не реагируя и ничем не интересуясь (см. приложение 1, клинический пример № 2 на стр. 100). В группе сравнения у 92 (90%) детей отсутствовали признаки нарушения непроизвольного внимания и лишь несколько затрудненным оно оказалось у 10 детей (9,8%). Полученные различия между экспериментальной и сравниваемой группами являются достоверными ($p < 0,05$) и свидетельствуют о том, что нарушения непроизвольного внимания выражены в большей степени у детей с психической атонией.

Развитие произвольного внимания у пациентов экспериментальной группы также было значительно нарушено. Так у 73 детей (59%) произвольное внимание было не сформировано, а у 27 (22%) - отмечалась крайне сниженная способность к активному сосредоточению (концентрация внимания до 5 мин.), что приводило к затруднению выполнения заданий и последовательных инструкций, ухудшало восприятие новой информации, снижало продуктивность на занятиях. Только 23 ребенка экспериментальной группы (19%) были способны сосредоточить внимание на целенаправленной деятельности в течение 5-ти минут и более, однако при этом у них отмечалась выраженная истощаемость психических процессов: нарастала отвлекаемость, снижалась концентрация при выполнении заданий, специалистам чаще приходилось повторять инструкции. В группе сравнения несформированность произвольного внимания отмечалась у 10 детей (9,8%), крайне снижено - у 12 (11,8%). Возможность

активного сосредоточения более 5 минут была сохранена у 78 пациентов (76,5%), при этом у 46 из них (60%) выявлена истощаемость внимания. Различия экспериментальной и сравниваемой группы в развитии произвольного внимания являются достоверными ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что нарушение способности к активному сосредоточению в значительно большей степени характерно для детей с психической атонией, а наличие истощаемости психических процессов свойственно пациентам обеих групп.

Практически все дети экспериментальной группы нуждались в стимуляции деятельности (вербальной, тактильной, эмоциональной). При соблюдении этих условий улучшалась концентрация внимания пациентов, повышалось качество выполняемых заданий и инструкций. Для 8 испытуемых (6,5%) возможность показать свои навыки и умения была сопряжена только с внешней стимуляцией: пребывая в бездеятельном состоянии, лишенном смысла и направленности, они были способны сосредоточить взгляд, уловить инструкцию и включиться в продуктивную деятельность только при стимулирующей помощи. Пациенты сравниваемой группы в гораздо меньшей степени нуждались в стимуляции деятельности и контроле при выполнении заданий. Достоверность различий в данном случае оценить трудно в силу невозможности объективизации оценки нуждаемости детей в стимулирующей помощи.

3.2.3. Особенности деятельности и игры

В целом деятельность пациентов экспериментальной группы можно охарактеризовать как хаотичную и бессмысленную. Это проявлялось во всех аспектах жизнедеятельности: в быту, в игре, на занятиях, и, в особенности, в особенностях свободного времяпрепровождения. С одной стороны, нарушение целенаправленности было связано с низкой заинтересованностью детей происходящим вокруг, а с другой стороны – вследствие невозможности достаточное время концентрировать внимание на предмете. В результате отсутствия

даже самого простого плана действий и нежелания прилагать усилия для достижения желаемого, пациенты экспериментальной группы оказывались крайне беспомощными в быту.

Попытки родителей и врачей скорректировать поведение детей экспериментальной группы нередко оказывались безрезультатными вследствие нарушенного понимания инструкций (в том числе инструкций, подкрепленных жестами). При этом пациенты не могли воспринять новые, не выученные ранее просьбы, или просьбы, содержащие в себе некую алгоритмизированную последовательность действий. Продуктивность деятельности пациентов на занятиях была значительно снижена из-за сложности привлечения и удержания их внимания, иногда дети наотрез отказывались от выполнения любых заданий. Работоспособность испытуемых также была снижена из-за повышенной истощаемости психических процессов.

Деятельность пациентов в течение дня ограничивалась просмотром мультфильмов, перелистыванием книг без заинтересованности содержанием, механической игрой в компьютерные игры. Для некоторых испытуемых была характерна повышенная нецеленаправленная двигательная активность: большую часть времени они могли бегать и прыгать в палате или коридоре отделения, нередко совершая бессмысленные повторяющиеся стереотипные действия.

Нарушение целенаправленности проявлялось и в недостаточном развитии игровой деятельности. 54 ребенка экспериментальной группы (44%) игрушками интересовались мало, манипуляции с игровыми и неигровыми предметами не учитывали их функциональных свойств и нередко носили стереотипный характер. Для игры такие дети могли использовать колеса от машинок, счетные палочки, веревочку, крупы, бумагу. Отсутствие игры даже на уровне манипуляций было отмечено у 28 испытуемых (33%). Сюжетная игра находилась в стадии формирования у 38 детей (29%), а зачатки ролевой игры присут-

ствовали у 3 детей (2,4%). Такие пациенты могли интересоваться, хоть и ненадолго, машинками, куклами, различными развивающими игрушками, конструкторами, складывать пазлы, строить железную дорогу. При этом не все пациенты вступали в совместные игры с другими детьми и взрослыми, часть из них предпочитали играть самостоятельно.

Таблица 6. Особенности игры

Вид игры	Эксперимент. группа (n=123)	%	Группа сравнения (n=102)	%	Достоверность (p)
Ролевая игра (за- чатки)	3	2,4	24	23,5	p<0,01
Сюжетная игра	38	30,9	58	56,7	
Манипуляции	54	43,9	17	16,5	
Отсутствие игры	28	22,8	3	3,3	

Данные, представленные в таблице 6, позволяют с достоверностью заключить ($p<0,01$), что уровень развития игры значительно ниже у детей экспериментальной группы, нежели в группе сравнения.

3.2.4. Двигательная активность

У большинства детей в той или иной степени была нарушена двигательная активность. Проявление этих нарушений было различным: снижение двигательной активности, неусидчивость, гиперактивность, двигательная или моторная расторможенность. Общая активность в течение дня у 33 детей экспериментальной (27%) была расценена как нормальная. Снижение двигательной активности наблюдалось у 11 (9%) пациентов: большую часть времени они проводили сидя на кровати, либо монотонно перемещались в пределах помещения, пределы палаты покидали редко, были безынициативными и бездеятельными (см. приложение 1, клинический пример № 2 на стр. 100).

Большинство детей экспериментальной группы в течение дня были гиперактивными или расторможенными. Так, повышение активности (гиперактивность) было характерно для 61 ребенка (50%). Эти пациенты часто бегали по

отделению, в том числе в рамках подвижных игр с другими детьми. При этом они реагировали на замечания, хотя нередко после многократных повторов, и могли скорректировать свое поведение.

Двигательная расторможенность была характерна для 18 (15%) детей и проявлялась в хаотичном бесцельном моторном возбуждении. Такие пациенты могли длительно, нередко своеобразно, прыгать на одном месте, бегать кругами, кружиться вокруг своей оси, стереотипно совершать бессмысленные действия (хлопать руками, постукивать по окружающим предметам, раскачиваться из стороны в сторону, открывать и закрывать двери). Чаще всего они не реагировали на замечания, и подобное поведение редко удавалось скорректировать вербально. Нередко психомоторное возбуждение сопровождалось аутоагрессией или агрессией в адрес матери и окружающих людей.

Гиперактивность и двигательная расторможенность периодически отмечались и у детей в целом спокойных. В таких случаях у них имели место резкие переходы от возбуждения к спокойному состоянию. При этом некоторые испытуемые могли сидеть, занимаясь чем-либо, просматривая мультфильмы, и при этом эпизодически становились расторможенными или гиперактивными.

Неусидчивость отмечалась у 55 (45%) испытуемых экспериментальной группы и проявлялась в невозможности длительно пребывать на одном месте, в одном положении. Выражено это было в разной форме. Одни пациенты не могли усидеть на одном месте более минуты, перемещались бесцельно безостановочно по помещению, трогая предметы, попадающие в поле зрения, или ходили взад-вперед. Попытка удержания на месте нередко приводила к аффективным реакциям.

Другие дети могли усидеть на одном месте 15 минут и более, но при этом часто вскакивали, отвлекались на посторонние предметы, перемещались по помещению или прыгали на одном месте, а потом возвращались на место. Во время занятия неусидчивость нарастала, что связывается нами с истощением психической деятельности и ухудшением контроля поведения.

В большинстве случаев неусидчивость сочеталась с гиперактивностью и двигательной расторможенностью, реже - со снижением двигательной активности.

Таблица 7. Двигательная активность

Двигательная активность	Эксперимент. группа (n=123)	%	Группа сравнения (n=102)	%	Достоверность (p)
Нормальная	33	27	68	66,6	p<0,01
Снижена	11	9	0	0	
Гиперактивность	61	50	34	33,3	
Расторможенность	18	15	0	0	
Неусидчивость	55	45	36	35,3	p>0,05

Как видно из таблицы 7, в целом нарушения активности пациентов экспериментальной группы отмечаются достоверно чаще ($p<0,01$), чем в группе сравнения, что, как представляется, связано с более слабым контролем за поведением вследствие не столько сниженного интеллектуального развития, сколько психической гипотонии. Статистической значимости неусидчивости не выявлено ($p>0,05$)

3.2.5. Стереотипии

Стереотипные движения и действия отмечались у 53 пациентов (43%) экспериментальной группы. Чаще всего это проявлялось в виде моторных стереотипий – 19 детей (15,4%): хлопки руками, своеобразные подпрыгивания, кручения кистями рук перед лицом, специфическое загибание пальцев, постукивания по предметам или частям тела, раскачивания из стороны в сторону. Реже стереотипные движения проявлялись в виде повторяющихся действий с неигровыми предметами – 12 пациентов (9,7%): кручение веревочки перед лицом, перебирание предметов в руках, выстраивание предметов в один ряд. В 3 случаях (2,4%) отмечалась стереотипность интересов, например, просмотр одного и того же мультфильма или его эпизода на протяжении долгого времени.

Стереотипные движения часто усиливались на фоне истощения либо на фоне эмоционального возбуждения. В группе сравнения у 14 детей (13,7%) имелись лишь стереотипные действия в виде похлопывания в ладоши или по окружающим предметам, а стереотипных действий с предметами и «застревающих» интересов отмечено не было. Все вышеперечисленные данные являются достоверными ($p < 0,05$) и показывают, что хотя стереотипии в целом могут наблюдаться у всех детей со сниженным интеллектом, но в гораздо большей степени характерны для пациентов с атонической формой умственной отсталости.

3.2.6. Особенности инициативности

Нарушения инициативности проявлялись у обследованных больных по-разному. Так, для 70 испытуемых (57%) экспериментальной группы было характерно проявление стеничности в получении желаемого: руководя рукой матери или пользуясь указующими жестами, они всегда добивались своего, нередко становясь капризными и возбужденными, если не получали того, что хотят. Чаще всего это было связано с игрушками, сладостями, бытовыми потребностями. Для 53 детей этой группы (43%) было характерно крайнее снижение потребностей и желаний. Они редко давали знать матери, что чего-то хотят, мало чем интересовались, были безучастными и безынициативными. В группе сравнения все дети проявляли инициативу, что достоверно отличает их от пациентов экспериментальной группы ($p < 0,01$) и свидетельствует о нарушении инициативности как характерном для психической атонии клиническом признаке.

3.2.7. Особенности контакта с окружающими

Нарушение взаимодействия с другими людьми так или иначе проявлялось у всех испытуемых. У пациентов экспериментальной группы лишь в единичных случаях контакт можно было считать относительно продуктивным, у большинства же пациентов он был либо значительно ограничен по времени,

либо затруднен вследствие гипопрозекии (апрозекии) и речевых нарушений. Проявлялось это чаще всего в невозможности или крайней ограниченности пациентов реагировать на обращенную речь, откликаться на имя и вступать в игровые взаимодействия с другими детьми. Подобные нарушения были связаны не столько с отставанием в психическом развитии, сколько вследствие недостаточной способности к концентрации внимания. Подтверждением этого может служить то, что после нескольких повторных окликов дети все-таки реагировали на имя, выполняли инструкции при стимулирующей помощи.

В отличие от этого, в группе сравнения возможности взаимодействия пациентов с другими людьми были ограничены в большей степени интеллектуальным развитием, а доступность контакта обуславливалась отсутствием выраженной гипопрозекии.

Следует также отметить у испытуемых обеих групп сохранность эмоционального контакта с окружающими: они могли проявить ласку к матерям, стремились к тактильному контакту, принимали участие в подвижных играх с другими детьми (см. приложение 1 на стр. 98, клинические примеры № 1, 2). Если что-то было необходимо, часть пациентов с задержкой речевого развития использовали жесты, могли взять за руку и подвести к необходимому предмету. Ни в одном из случаев нельзя было сказать, что дети отвергают контакт. Нарушение взаимодействий с другими людьми в некоторых случаях было связано с недостаточным развитием навыков коммуникации: такие дети не умели правильно установить контакт и нередко были отвергаемы в детском обществе (см. приложение 1, клинический пример № 3 на стр. 104). Те испытуемые, которые имели братьев и сестер, достаточно активно с ними взаимодействовали, в то время как в детском саду и больнице могли находиться в одиночестве, что определяется избирательностью контакта. Зрительный контакт в большинстве случаев был кратковременным, и его нарушение проявлялось тем сильнее, чем больше была выражена гипопрозекия. Ни в одном из случаев нельзя было сказать, что дети как-либо тяготились взглядом в глаза или избегали его.

3.2.8. Особенности эмоциональной сферы

Для всех детей обеих групп была характерна незрелость эмоциональных реакций и недостаточная их дифференцированность, что коррелировало с уровнем интеллектуального недоразвития. У подавляющего большинства больных не было преобладания какого-либо эмоционального фона, их настроение чаще было нейтральным. Для 56 пациентов (46%) экспериментальной группы и всех пациентов группы сравнения была свойственна эпизодическая капризность, плаксивость, редкие аффективные вспышки, сопровождающиеся громким криком и падением на пол. Как правило, эти реакции были связаны с внешними факторами, когда пациенты не получали того, чего хотят, либо при попытке взрослых привлечь их к какой-либо деятельности. Подобное поведение можно рассматривать, с одной стороны, как проявление попытки манипулировать окружающими, а с другой - как следствие психического истощения ребенка. Капризность и раздражительность могли также усиливаться в незнакомой обстановке и в присутствии незнакомых людей. У 32 испытуемых (26%) экспериментальной группы и 36 (35%) - группы сравнения такое поведение могло сопровождаться агрессией в адрес матери и/или аутоагрессией. В остальное время эти пациенты были достаточно спокойными, улыбчивыми, благожелательно относились к эмоциональному контакту с окружающими. Дети положительно реагировали на ласку со стороны матери, были достаточно ласковыми с нею, способными пожалеть мать, если видели, что она расстроена (см. приложение 1 на стр. 98, клинические примеры № 1, 2).

Для 40 детей (33%) экспериментальной группы был характерен тот же спектр проявляемых эмоций, что и для пациентов, составивших группу сравнения, но сила и интенсивность эмоциональных реакций были значительно снижены. Такие пациенты отличались спокойствием и слабым реагированием на внешние стимулы, в том числе некомфортные. Лишь очень сильное и/или продолжительное воздействие внешних факторов могло вызвать у них эмоци-

ональную реакцию. Нередко такая реакция сопровождалась выраженным аффективным возбуждением. Мимика этих детей отличалась маловыразительностью. Они не проявляли беспокойства при отсутствии матери или в незнакомой обстановке.

Пациенты экспериментальной группы, имеющие незначительное отставание в интеллектуальном и речевом развитии, могли предъявлять жалобы на различные страхи: темноты, животных, громких шумов. Характер подобных страхов был не специфическим и не стойким. Для детей с выраженным отставанием психического развития нередко были характерны бесстрашие и отсутствие чувства опасности: они могли далеко убегать на улице от матерей, выбегали на проезжую часть, залезали на высокие горки и лестницы. Что можно характеризовать как снижение инстинктивных проявлений.

3.2.9. Особенности речевого развития

Таблица 8. Особенности речевого развития

Речь	Эксперимент. группа (n=123)	%	Группа сравнения (n=102)	%	Достовер- ность (p)
Фразовая	33	27	47	46	<0,01
Отдельные слова	30	24	40	39	
Вокализации	60	49	15	15	
Понимание обращенной речи отсутствует	31	25	0	0	<0,01
Понимание речи ограничено отдельными инструкциями	80	65	15	15	
Понимание речи на доста- точном бытовом уровне	12	10	87	85	
Эхолалии у говорящих детей	23	41	0	0	<0,05

Для всех испытуемых были характерны различные нарушения речи, выраженные в разной степени. Экспрессивная речь 60 детей (49%) эксперимен-

тальной группы и 15 пациентов (15%) сравняваемой группы была представлена лишь вокализациями (звуками, слогами). 30 детей (24%) экспериментальной группы были способны повторять отдельные слова за взрослыми или в ситуациях крайней необходимости, а фразовая речь была развита у 33 испытуемых (27%). Следует отметить, что больные не всегда употребляли выученные слова и фразы для коммуникации, предпочитая использовать жесты для получения желаемого. В группе сравнения 47 (46%) детей использовали фразовую речь и 40 (39%) - отдельные слова. В целом можно констатировать, что отставание речевого развития испытуемых экспериментальной группы было достоверно ($p < 0,01$) более выражено, чем детей группы сравнения.

Понимание обращенной речи 80 детей (65%) экспериментальной группы было резко ограничено: воспринимались лишь отдельные инструкции бытового плана (принеси, дай, одевайся, раздевайся и т.д.), подкрепленные жестами, а 31 ребенок (25%) не понимал речь совсем. Это было связано, с одной стороны, со сниженным интеллектом, с другой – недостатком речевого внимания. Лишь у 12 пациентов (10%) восприятие обращенной речи было нарушено незначительно, в то время как в группе сравнения таких детей было 87 (85%), что достоверно отличает их от экспериментальной группы ($p < 0,01$).

У 23 детей экспериментальной группы, способных использовать слова и фразы, (41% от количества говорящих) отмечались эхолалии. Последние можно подразделить на два вида: первый – мгновенные эхолалии, когда ребенок повторял то, что слышит непосредственно во время общения (например, повторение вопроса на вопрос); второй - так называемые отставленные (отсроченные) эхолалии, когда дети повторяли слова и фразы из мультфильмов, рекламных роликов, услышанные ранее, и при этом не были связаны с текущей ситуацией и не несли коммуникативной функции. Усиление эхолалий отмечалось при утомлении или в ситуациях повышенного возбуждения. У пациентов группы сравнения эхолалии отсутствовали, что свидетельствует о данном нарушении как характерном для детей с психической атонией.

3.2.10. Другие особенности клинической картины

Нарушения сна отмечались у небольшого количества пациентов и, как правило, имели неспецифический характер: сложность засыпания или пробуждения, беспокойный сон с пробуждениями.

Избирательность в еде также была неспецифической и основывалась на вкусовых предпочтениях детей.

Развитие навыков опрятности и самообслуживания напрямую зависело от интеллектуального развития и возраста пациентов. Так, у детей с грубым интеллектуальным снижением навыки опрятности часто были сформированы недостаточно, навыки самообслуживания развиты лишь частично. Для детей с незначительным интеллектуальным отставанием нарушение навыков самообслуживания могло быть связано с недостаточным развитием мелкой моторики. Нередко, пациенты, умеющие самостоятельно одеваться и кушать, предпочитали пользоваться помощью матери, не желая утруждать себя.

Клиническая картина детей с атонической формой умственной отсталости разнообразна и отличается не только по степени выраженности нарушений, но и по качественному содержанию. Недостаточность психического напряжения, проявляющаяся в снижении возможностей реагирования на окружающие стимулы и выраженном нарушении сосредоточения, является специфическим признаком, характерным именно для психической атонии. Наличие гипопрозекии (апрозекии) можно по праву считать патогномичным симптомом атонического расстройства, отрицательно влияющим на адаптивные возможности и психическую деятельность детей в целом.

Ряд описанных клинических признаков хотя и был характерен лишь для части пациентов с психической атонией, совершенно отсутствовал в группе сравнения: несформированность произвольного внимания, неспособность к активному сосредоточению без стимулирующей помощи, бессмысленность и бесцельность поведения, снижение двигательной активности, инициативности, силы эмоциональных реакций, наличие эхололий.

Несмотря на то, что нарушения некоторых психических функций могли проявляться у пациентов обеих групп, в большей степени эти нарушения были выражены у детей с атонической формой умственной отсталости: недостаточность как произвольного, так и непроизвольного внимания, повышенная истощаемость психических процессов, нарушение контакта с окружающими, экспрессивной и импрессивной речи, игровой деятельности, повышенная двигательная активность, наличие стереотипных действий и движений, нуждаемость в стимулирующей помощи.

Таким образом, можно констатировать, что нарушение психической деятельности и низкий уровень функционирования детей экспериментальной группы были значительно более выраженными, чем у пациентов группы сравнения. Поскольку значимых различий в интеллектуальном развитии между ними выявлено не было, ухудшение клинической картины и функционирования может быть связано с дополнительным влиянием атонической симптоматики. Часть этих нарушений, а именно: гипопрозекия (апрозекия), выраженная истощаемость психических процессов, нарушение целенаправленности деятельности, острая нуждаемость в стимулирующей помощи, были отмечены у всех пациентов экспериментальной группы и практически отсутствовали у испытуемых сравниваемой группы. Это позволяет считать данные признаки облигатными для психической атонии.

Факультативные признаки были весьма переменными у разных детей и даже в процессе развития одного ребенка могли значительно меняться. Наиболее часто встречались: нарушения двигательной активности, речи, нарушения контакта, игрового процесса и интересов, различные эмоциональные нарушения. Реже встречались нарушения сна, неспецифическая избирательность в еде, нарушения навыков опрятности и самообслуживания.

3.3. Клинико-психологическое обследование

3.3.1. Тест Векслера

Тест Векслера (детский вариант WISP, адаптированный А. Ю. Панасюком, 1973) проводился у детей с 5 до 9 лет для исследования структуры и уровня интеллекта. В экспериментальной группе тест Векслера был проведен у 14 детей в возрасте от 6 до 9 лет экспериментальной группы, что составляет 20% от числа детей данного возраста. У остальных испытуемых указанной группы проведение методики было невозможным в виду выраженной неустойчивости или несформированности функций внимания и произвольной регуляции собственной деятельности, затруднений в усвоении стандартизованных инструкций, а также из-за нарушений речи. Проведение субтестов, направленных на выявление уровня вербального интеллекта, было возможным только у 6 детей, у 8 пациентов были выполнены только субтесты, выявляющие уровень невербального интеллекта. Полученные данные соответствовали в 2 случаях пограничному с легкой умственной отсталостью уровню, в 10 случаях – легкой умственной отсталости, в 2 – умеренной умственной отсталости. Во всех случаях выявлен значительный субтестовый разброс баллов: наименьшее количество баллов получено при выполнении субтестов «Шифровка» и «Недостающие детали» (0 – 5 баллов); лучше дети справлялись с субтестами «Сложение фигур» и «Последовательные картинки».

В группе сравнения из 72 испытуемых в возрасте от 5 до 9 лет включительно тест Векслера удалось провести у 57 (79,1 %), у остальных детей методика не была проведена вследствие недостаточного понимания инструкций и регуляции поведения. Субтесты, направленные на оценку вербального интеллектуального показателя (ВИП), удалось провести только у 24 испытуемых, что было связано с выраженными нарушениями речи. Из субтестов, направленных на оценку невербального интеллектуального показателя (НИП), наименьшее количество баллов в большинстве случаев было набрано за «Недостающие детали» и «Шифровку» (5 – 10 баллов). Испытуемые лучше

справлялись с тестами «Кубики Кооса», «Складывание фигур», «Последовательные картинки».

Несмотря на то, что, в обеих группах наибольшие трудности вызывали одни и те же субтесты, стоит отметить, что в группе сравнения оценки, полученные пациентами в среднем за эти тесты, были выше, а разброс шкальных оценок был выражен в меньшей степени, чем у детей экспериментальной группы.

3.3.2. Нейропсихологическая методика

Оценка качественных и качественно-количественных показателей высших психических функций проводилась с помощью нейропсихологической методики, адаптированной для исследования детей (Левченко И. Ю., 2000; Марковская И. Ф., 1993).

Схема обследования включала следующие группы заданий (см. приложение 3):

1. Исследование зрительного восприятия: дифференциация предметов по форме, величине и цвету; подбор по образцу геометрических фигур; узнавание контурных изображений.

2. Исследование пространственного восприятия: ориентировка в сторонах собственного тела и тела напротив сидящего; дифференцировка пространственных понятий.

3. Исследование конструктивного праксиса: складывание разрезных картинок из двух, трех и четырех фрагментов; рисование без образца; задания со строительным конструктором и конструирование из палочек.

4. Исследование мышления. Исследование наглядно-действенных форм мышления: классификация объектов по одному, двум признакам. Исследование вербально-логических форм мышления: сравнение и различение понятий; классификация предметов; исключение предметов; установление последовательности событий.

5. Исследование графических навыков: проведение прямой линии; проведение прямой линии слева направо; проведение прямой линии сверху вниз; проведение линии короче данной, длиннее данной; соединение точек; рисование волнистых и ломаных линий; рисование геометрических фигур (квадрат, треугольник, круг).

Уровень выполнения заданий оценивался по пятибальной шкале, где худший результат соответствовал 1 баллу, лучший – 5 баллам. Средняя оценка за выполненные задания представлена в таблице 9.

Таблица 9. Оценка высших психических функций

	Средний балл. Эксперимент. группа (n=123)	Средний балл. Группа сравнения (n=102)	Достоверность (p)
Зрительное восприятие	2,14	2,85	p>0,05
Пространственное восприятие	2,78	3,23	p>0,05
Конструктивный праксис	2,54	3,07	p>0,05
Наглядно-действенное мышление	1,73	2,14	p>0,05
Графические навыки	2,32	2,81	p>0,05

Анализ, полученных с помощью нейропсихологической методики, данных позволяет заключить о том, что задержка развития высших психических функций у пациентов с психической атонией выражена в несколько большей степени, нежели у детей без психической атонии, однако, выявленное ухудшение показателей не является статистически значимым.

3.4. Классификация по степени тяжести психической атонии

В зависимости от выраженности облигатных клинических признаков можно выделить три степени тяжести атонической формы психического недоразвития. Поскольку истощаемость психических процессов, нарушение целенаправленности деятельности и нуждаемость в стимулирующей помощи не поддаются количественной оценке и во многом зависят от выраженности

нарушений внимания, была проведена оценка степени тяжести атонической формы умственной отсталости на основании характеристик произвольного внимания, непроизвольного внимания и наличия трудностей привлечения внимания.

Таблица 10. Степени тяжести атонической формы умственной отсталости

Степень тяжести Признак	Легкая	Умеренная	Тяжелая	
			Вариант 1	Вариант 2
Длительность сосредоточения	10 – 15 минут	5 – 10 минут	Несформированность произвольного внимания	Длительность сосредоточения до 10 минут
Наличие или отсутствие непроизвольного внимания	Непроизвольное внимание сформировано	Непроизвольное внимание сформировано	Умеренная или выраженная недостаточность непроизвольного внимания	Выраженная недостаточность непроизвольного внимания
Нарушение привлечения внимания	Гипопрозе́ксия	Гипопрозе́ксия	Апрозе́ксия или гипопрозе́ксия	Гипопрозе́ксия

Тяжелая степень атонической формы характеризовалась выраженными расстройствами внимания. Выделено 2 варианта тяжелой степени. 1-й вариант основывался на несформированности произвольного внимания, при этом недостаточность непроизвольного внимания умеренная или выраженная; привлечение активного внимания затруднено вплоть до апрозе́ксии. 2-й вариант характеризовался выраженной недостаточностью непроизвольного внимания при том, что имелась возможность привлечь активное внимание и удержать внимание на деятельности до 10 минут исключительно благодаря стимулирующей помощи.

Умеренная степень атонической формы умственной отсталости характеризуется возможностью удержания внимания на произвольной деятельности от 5 до 10 минут, наличием непроизвольного внимания и гипопрозецией.

Легкая степень атонической формы характеризуется длительностью сосредоточения от 10 до 15 минут, наличием пассивного внимания, наличием легкой гипопрозеции.

Следует учитывать, что при сосредоточении внимания отмечается выраженная истощаемость психических процессов, усиление отвлекаемости в процессе работы и появление негативистических реакций при утомлении.

Для лучшего понимания возрастных особенностей психической атонии было сформировано две возрастные группы испытуемых: в первую группу вошли дети от 3-х до 5-ти лет, их количество составило 77, во вторую группу составили дети от 6-ти до 9-ти лет, всего 46 детей. В следующей таблице представлено распределение степени тяжести атонических проявлений в зависимости от возраста пациентов:

Таблица 11. Распределение по степени тяжести психической атонии в зависимости от возраста

Возраст \ Степень тяжести	3-5 лет (n=77)		6-9 лет (n=46)	
Легкая	3	3,9 %	5	10,9 %
Умеренная	23	29,9 %	11	23,9 %
Тяжелая (1 вариант)	46	59,7 %	27	58,7 %
Тяжелая (2 вариант)	5	6,5 %	3	6,5 %

В обеих возрастных группах чаще встречается тяжелая (1 вариант) и умеренная степени психической атонии. Интересным является увеличение доли легкой степени атонии с 3,9% до 10,9% с возрастом за счет уменьшения доли умеренной атонии с 29,9% до 23,9%. При этом доли первого и второго вариантов тяжелой атонии с возрастом практически не меняются. Полученные данные позволяют заключить, что легкая и частично умеренная степени тяжести

атонических проявлений являются динамической характеристикой, в то время, как тяжелая психическая атония в детском возрасте константна.

Для оценки влияния степени тяжести атонического расстройства на степень умственной отсталости был проведен сравнительный анализ, результаты которого представлены в таблице 12.

Таблица 12. Соотношение степени тяжести психической атонии и уровня интеллектуальной недостаточности

Уровень интеллектуальной недостаточности Степень тяжести психической атонии	Легкая дебильность (39 детей)		Умеренная и тяжелая степени дебильности (34 ребенка)		Умеренная умственная отсталость (50 детей)	
Легкая	5	12,8 %	2	5,8 %	1	2 %
Умеренная	21	53,8 %	9	26,4 %	4	8 %
Тяжелая (1 вариант)	11	28,2 %	20	58,8 %	42	84 %
Тяжелая (2 вариант)	2	5,1 %	3	8,8 %	3	6 %

Анализ данных, представленных в таблице 3 позволяет определить ряд закономерностей влияния психической атонии на тяжесть умственной отсталости:

1) при любой степени умственной отсталости чаще встречаются умеренная и тяжелая (1 вариант) психическая атония, при этом в случае легкой дебильности превалирует умеренная тяжесть атонической симптоматики (53,8%), в то время как, при умеренной и тяжелой дебильности, а также умеренной умственной отсталости наибольшую долю составляет тяжелая (1 вариант) психическая атония – 58,8% и 84% соответственно.

2) легкая и умеренная степени тяжести психической атонии больше представлены при легкой дебильности, их доля уменьшается по мере снижения интеллекта.

3) тяжелая степень психической атонии (1 вариант – 90 %) больше представлена при умеренной умственной отсталости, ее доля уменьшается с увеличением интеллекта.

4) тяжелая степень психической атонии (вариант 2 – 10 %) не имеет четкой связи с уровнем интеллектуальной недостаточности и составляет примерно равные доли как при легкой, так и умеренной умственной отсталости.

В связи с этим можно заключить, что степень тяжести атонических проявлений прямо коррелирует со степенью интеллектуального дефекта. Однако, связи 2-го варианта тяжелой степени психической атонии со степенью интеллектуальной недостаточности найдено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

История изучения проблемы психической атонии насчитывает более 100 лет. За это время были описаны основные диагностические критерии расстройства, определён ряд заболеваний, для которых характерно снижение психического тонуса, предложены параклинические методы исследования, разработаны некоторые терапевтические подходы при этих состояниях. Анализ литературных данных позволяет говорить о значительном сходстве атонических проявлений при умственной отсталости и резидуальных последствиях черепно-мозговых травм и энцефалитов, что подтверждается не только общностью их клинической картины, но и данными инструментальных и психодиагностических исследований. В патогенезе психической атонии умственно отсталых детей и пациентов с резидуальными мозговыми явлениями также отмечено сходство: в обоих случаях центральным звеном является нарушение работы подкорковых систем, в особенности ретикулярной формации, приводящее к целому комплексу взаимосвязанных специфических клинических проявлений. Все это приводит к мысли, что ведущим этиологическим фактором атонической формы умственной отсталости является именно резидуально-органическое поражение головного мозга как результат перинатальной патологии. При этом в изученной литературе нет четких указаний на то, какую роль занимает психическая атония в формировании и динамике умственной отсталости.

Анализ семейной и наследственной ситуации не выявил значимых для атонической формы психического недоразвития особенностей.

Анализ перинатального анамнеза показал, что у большинства испытуемых (90%) он был отягощен пренатальными и натальными вредностями, неврологической и соматической патологией. Особое внимание следует уделить гипоксически-ишемическому поражению головного мозга, которое было отмечено у 43% испытуемых. Однако отсутствие значимых различий с груп-

пой сравнения позволяет утверждать лишь о важной роли перинатальной отягощенности в формировании психического недоразвития в целом, а не конкретно атонической формы.

На первый взгляд, клиническая картина атонической формы психического недоразвития может показаться довольно разнообразной и неоднородной по своим проявлениям. В клинической практике выделение патогномных симптомов психической атонии при умственной отсталости осложняется наличием интеллектуального дефекта, разным возрастом пациентов и патоморфозом атонических проявлений в процессе развития каждого ребенка.

Анализ клинической картины позволил выявить ряд признаков, которые встречаются у большинства испытуемых экспериментальной группы и имеют достоверные качественные и количественные отличия от таковых в группе сравнения.

Особенно следует выделить нарушенную функцию внимания: трудность или невозможность его привлечения, недостаточное развитие или несформированность произвольного внимания, несформированность или крайнее снижение способности к активному сосредоточению.

Следует отметить, что в группе сравнения также отмечались нарушения внимания, однако они отличались от экспериментальной группы как качественно, так и количественно: преимущественно внимание у этих пациентов привлекалось без трудностей, функция произвольного внимания в большинстве случаев была сохранна, способность к активному сосредоточению страдала в меньшей степени.

С выраженными нарушениями внимания у больных экспериментальной группы были связаны и ряд других клинических проявлений: крайне низкая продуктивность и низкая целенаправленность деятельности, острая нуждаемость в стимулирующей помощи, затруднение контакта, недостаточное реагирование на обращенную речь.

Описанные клинические признаки, хотя и были характерны лишь для части пациентов с психической атонией, совершенно отсутствовали в группе сравнения: неспособность к активному сосредоточению без стимулирующей помощи, бессмысленность и бесцельность поведения, снижение двигательной активности, инициативности, силы эмоциональных реакций, наличие эхололий.

У детей с атонической формой умственной отсталости достоверно чаще, чем у испытуемых без атонических проявлений, отмечались: нарушения двигательной активности, стереотипные движения.

Вместе с тем, ряд клинических признаков был в равной степени представлен как в экспериментальной, так и в группе сравнения: неусидчивость, незрелость и низкая дифференцированность эмоциональных проявлений, непродуктивность контакта с окружающими, недостаточное понимание обращенной речи, низкое развитие навыков самообслуживания, что, вероятно, объясняется интеллектуальным дефектом, а не атонией.

Таким образом, были выделены облигатные и факультативные признаки атонической формы психического недоразвития. К облигатным были отнесены: гипопрозексия (апрозексия), выраженная истощаемость психических процессов, нарушение целенаправленности деятельности, нуждаемость в стимулирующей помощи.

Факультативные признаки были весьма переменны у разных детей и даже в процессе развития одного ребенка могли значительно меняться. Наиболее часто встречались: нарушения двигательной активности, речи, нарушения контакта, игрового процесса и интересов, различные эмоциональные нарушения. Реже встречались нарушения сна, неспецифическая избирательность в еде, нарушения навыков опрятности и самообслуживания.

Классификация психической атонии по степени тяжести показала, что чаще ее проявления являются тяжелыми и умеренно тяжелыми. Была выяв-

лена взаимосвязь степени тяжести атонических проявлений с уровнем интеллектуального недоразвития: легкая и умеренная степени тяжести больше характерны для детей с легкой формой дебильности, в то время как тяжелая - для пациентов с умеренной и тяжелой формами дебильности, а также с умеренной умственной отсталостью. С возрастом атоническая симптоматика претерпевала изменения: умеренная выраженность проявлений в ряде случаев переходила в легкую, в то время, как тяжелая - существенно не менялась. Результатом классификации по степени тяжести атонических проявлений стало выявление особой группы пациентов с тяжелой психической атонией, у которых клинические признаки не только значимо не ослабевали с возрастом, но и были характерны в равной степени для любого уровня интеллектуальной недостаточности.

Данные, полученные с использованием стандартизированных клинко-психологических методик, не позволяют сделать определенных выводов. Связанно это с тем, что методику теста Векслера (детский вариант WISP, адаптированный А. Ю. Панасюком, 1973) удалось провести только у 20% испытуемых, подходящих по возрасту, что связано с выраженной неустойчивостью или несформированностью у этих пациентов функции внимания и произвольной регуляции собственной деятельности, затруднений в усвоении инструкций, а также из-за нарушений речи. В то же время в группе сравнения данную методику удалось провести у 79% испытуемых. Следует отметить, что при атонических проявлениях дети справлялись гораздо хуже с субтестами «Шифровка» и «Недостающие детали», успешность выполнения которых зависела от свойств внимания (концентрации, переключаемости, распределения), восприятия, зрительно-моторной координации и скорости формирования новых навыков.

ВЫВОДЫ

1. Атоническая форма умственной отсталости у детей является особым вариантом психического недоразвития, которая, помимо признаков снижения интеллекта, имеет ряд характерных клинических особенностей, в основе которых лежит неспособность к психическому напряжению.

2. Психопатологическими особенностями психической атонии у детей с умственной отсталостью являются: 1) нарушения внимания (гипопрозекия или апрозекия - невозможность длительного сосредоточения, быстрое истощение внимания); 2) нарушения поведения и деятельности - низкая целенаправленность, беспомощность, стереотипность; 3) нарушения эмоциональной сферы - эмоциональная незрелость, недостаточная дифференцированность, отсутствие синтонности, аффективные вспышки; 4) нарушения контакта - непродуктивность контакта вследствие нарушений внимания, недостаточная сформированность навыков коммуникации; 5) нарушения речи - задержка речевого развития, эхолалии; 6) нарушения моторики - задержка моторного развития, низкая двигательная активность, неуклюжесть; 7) неврологические нарушения - снижение мышечного тонуса, эстрапирамидная недостаточность, признаки внутричерепной гипертензии.

3. К облигатной симптоматике состояний психической атонии у детей с психическим недоразвитием относятся: выраженные расстройства внимания, не соответствующие степени умственного недоразвития (включая гипопрозекию или апрозекию, нарушения произвольного и непроизвольного внимания вплоть до отсутствия таковых); выраженная истощаемость психических процессов; нарушение целенаправленности деятельности; особенная значимость стимулирующей помощи.

4. Состояния психической атонии у детей с психическим недоразвитием имеют 3 степени тяжести: легкую, умеренную и тяжелую. Легкая степень характеризуется наличием гипопрозекии, возможностью концентрации произвольного внимания до 15 минут, достаточной сохранностью непроизвольного

внимания. Умеренная степень тяжести характеризуется наличием более выраженной гипопрозекии, возможностью концентрации произвольного внимания до 10 минут и сохранностью непроизвольного внимания. Тяжелая степень психической атонии имеет два варианта: 1-й вариант характеризуется частичной сохранностью непроизвольного внимания при отсутствии произвольного внимания; 2-й вариант характеризуется отсутствием непроизвольного внимания при возможности (хотя и исключительно благодаря стимулирующей помощи) произвольного сосредоточения индивида на целенаправленной деятельности.

5. Имеется положительная корреляция степени тяжести атонии у детей с уровнем интеллектуального развития: легкая степень тяжести больше характерна для легкой дебильности, умеренная степень тяжести – для выраженной дебильности, тяжелая (1-й вариант – 90%) – больше представлена при умеренной умственной отсталости. Выявлена особая группа пациентов с тяжелой атонией (вариант 2-й – 10%), у которых клинические проявления не только значительно не ослабевали с возрастом, но и были характерны в равной степени для любого уровня интеллектуальной недостаточности.

6. Наличие атонической симптоматики у детей ухудшает течение умственной отсталости, усиливая ретардацию психического развития.

7. С возрастом симптоматика психической атонии претерпевает изменения: инициальные проявления психической атонии отмечаются в первые три года жизни ребенка, при этом нарушения внимания, целенаправленности, поведения и контакта постепенно нарастают, достигая пика в большинстве случаев к 4 годам, а после 5–6 лет, как правило, происходит постепенная редукция атонических симптомов при легкой и умеренной степени тяжести атонии с возможностью сохранения остаточных признаков в течение дальнейших лет жизни. Тяжелая степень атонических проявлений с возрастом претерпевает мало изменений. Умеренная степень тяжести психической атонии может

трансформироваться в легкую, в то время как тяжелая степень атонической формы психического недоразвития лишь незначительно меняется с годами.

Практические рекомендации

1. Для диагностики атонической формы умственной отсталости у детей рекомендовано опираться на выделенные облигатные клинические признаки психической атонии. В особенности следует учитывать наличие выраженных нарушений внимания, не соответствующих характеру интеллектуального дефекта (гипопрозеция или апрозеция, недостаточность произвольного и непроизвольного внимания), что, в свою очередь, негативно сказывается на деятельности, взаимодействии с окружающими, а также поведении детей с психической атонией.

2. Степень умственной отсталости у детей с психической атонией необходимо уточнять в более поздние сроки, чем у пациентов без психической атонии: в 6-7 лет – для пациентов с умеренной умственной отсталостью и в 7-9 лет – для детей с легкой умственной отсталостью.

3. Целесообразно учитывать степень тяжести психической атонии у детей с умственной отсталостью при прогнозировании течения заболевания, разработке медикаментозных и реабилитационных программ, а также формы обучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 1976. – 322 с.
2. Альманах психологических тестов / сост. Р. Р. и С. А. Римские. – М.: Изд-во «КСП», 1995. – 400 с.
3. Анохин, П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 225 с.
4. Антонов, В. В. О роли контакта с матерью в психическом развитии ребенка / В. В. Антонов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1975. – № 10. – С. 1561–1564.
5. Банщиков, В. М. Общая психопатология / В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, И. В. Давыдов. – М.: Изд. Моск. мед. институт им. И. М. Сеченова, 1971. – 176 с.
6. Башина, В. М. Аутистические расстройства / В. М. Башина // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 700–727.
7. Белопольская, Н. Л. Исключение предметов (Четвертый лишний): Модифицированная психодиагностическая методика: Руководство по использованию. – 3-е изд. / Н. Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2009. – 26 с. + стимульный материал.
8. Бехтерев, В. М. Внушение и воспитание / В. М. Бехтерев. – Пг.: Изд-во "Время", 1923. – 40 с.
9. Бехтерев, В. М. О вопросах сосредоточения / В. М. Бехтерев // Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма. – 1911. – Вып. 3. – С. 1–44.

10. Бехтерев, В. М. Об основных проявлениях нервно-психической деятельности в объективном их изучении: Речь, сказанная при открытии Психиатрического отделения в Психо-нейрологическом институте 10-го февраля 1911 г. / В. М. Бехтерев. – СПб., 1911. – 28 с.
11. Бехтерев, В. М. Об эволюции нервно-психической деятельности: Речь, сказанная при открытии съезда деятелей по семейному воспитанию в Петербурге в декабре 1912 г. / В. М. Бехтерев. – Русский врач. – 1913. – № 14. – С. 457–462; № 15. – С. 497–500.
12. Бехтерев, В. М. Объективное исследование нервно-психической деятельности в младенческом возрасте / В. М. Бехтерев; Психо-неврологический институт. – СПб.: Типогр. И. П. Сойкина, 1909. – 16 с.
13. Бехтерев, В. М. Роль сосредоточения как доминанты в процессах сочетательно-рефлекторной деятельности / В. М. Бехтерев // Вопросы изучения и воспитания личности. – 1927. – № 1–2. – С. 3–18.
14. Боровиков, В. П. "STATISTICA": искусство анализа данных на компьютере. Для профессионалов / В. П. Боровиков. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.
15. Брагина, Н. Н. Клинические проявления очаговых поражений гиппокампо-миндалевидного комплекса / Н. Н. Брагина // Глубокие структуры мозга человека в норме и патологии / под ред. Н. П. Бехтеревой. – М.-Л.: Медицина, 1966. – С. 22–27.
16. Брагина, Н. Н. Синдромы поражения лимбических структур / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова // Физиология и патология лимбико-ретикулярного комплекса: сб. статей / под ред. П. К. Анохина. – М.: Наука, 1968. – С. 183–191.
17. Буянов, М. И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков: руководство для врачей и логопедов / М. И. Буянов. – М.: РОМ-Л, 1995. – 192 с.

18. Виленский, О. Г. Последствия закрытых черепно-мозговых травм (клиника и трудоспособность) / О. Г. Виленский. – Киев: Здоров'я, 1971. – 112 с.
19. Вишневская, А. А. Клиника, терапия и профилактика церебральной астении в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Вишневская. – М., 1960. – 15 с.
20. Вишневская, Л. Я. О структуре некоторых сложных форм слабоумия у детей с резидуально-органическими мозговыми поражениями / Л. Я. Вишневская // I-я Всесоюзная конференция по невропатологии и психиатрии детского возраста. – М., 1974. – С. 55–59.
21. Владимиров Ю. А. Энергия // Большая медицинская энциклопедия: [в 30 тт.] – 3-е изд. / гл. ред. Б. В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – Т. 28. – С. 194–195.
22. Волохов, А. А. Об участии гиппокампа в формировании ориентировочной и условной оборонительной реакции в онтогенезе / А. А. Волохов, О. Б. Зубов, Г. М. Никитина // Физиология и патология лимбико-ретикулярного комплекса: сб. статей / под ред. П. К. Анохина. – М.: Наука, 1968. – С. 40–45.
23. Волохов, А. А. Развитие функций анализаторов в онтогенезе / А. А. Волохов // Развитие мозга ребенка / под ред. С. А. Саркисова. – Л.: Медицина, 1965. – С. 53–86.
24. Воронков, Б. В. Детская и подростковая психиатрия / Б. В. Воронков. – СПб.: Наука и Техника, 2012. – 288 с.
25. Воронков, Б. В. Некоторые данные о состоянии реактивности при шизофрении и шизоидном синдроме на почве органического поражения головного мозга у детей / Б. В. Воронков // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. науч. трудов ЛПМИ / под ред. С. С. Мнухина. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 109–112.

26. Воронков, Б. В. О содержании в моче 17-кетостероидов у детей с шизоформным синдромом органического генеза / Б. В. Воронков // Проблемы психопатологии детского возраста: сб. науч. трудов ЛПМИ. – Л., 1971. – Т. 57. – С. 60–66.
27. Воронков, Б. В. О функциональном состоянии гипофизарно-надпочечниковой системы при некоторых нервно-психических заболеваниях у детей / Б. В. Воронков // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. науч. трудов ЛПМИ / под ред. С. С. Мнухина. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 112–115.
28. Воронков, Б. В. Психиатрия детского и подросткового возраста / Б. В. Воронков. – СПб.: Наука и Техника, 2009. – 240 с.
29. Герцберг, М. О. Очерки по проблеме сознания в психопатологии / М. О. Герцберг. – М.: Медгиз, 1961. – С. 67–75.
30. Гиляровский, В. А. Введение / В. А. Гиляровский // Психопатология и профилактика детского возраста: сб. работ сотрудников Донской лечебницы-психиатрической клиники МГУ / под ред. В. А. Гиляровского. – М., 1929. – С. 3–4.
31. Гиляровский, В. А. Отдаленные последствия закрытых травм головы в нервно-психической сфере / В. А. Гиляровский // Госпитальное дело. – 1946. – № 1–2. – С. 35–41.
32. Головань, Л. И. К вопросу о патологическом формировании личности у детей с задержкой психического развития / Л. И. Головань // IV Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. – М., 1978. – С. 132–135.
33. Гольбин, А. Ц. Патологический сон у детей / А. Ц. Гольбин. – Л.: Медицина, 1979. – 248 с.
34. Гордова, Т. Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте / Т. Н. Гордова. – М.: Медицина, 1973. – 176 с.

35. Граштьян, Э. Участие гиппокампа в формировании условных рефлексов / Э. Граштьян, Г. Кармош, Л. Андян, Л. Верецкен // Структура и функция архипалеокортекса: гагрские беседы (материалы 5 Гагрской конференции). – М.: Наука, 1968. – С. 159–180.
36. Грибоедов, А. С. Вопросы воспитания нормального и дефективного ребенка: сборник статей сотрудников Педагогического института соц. воспитания нормального и дефективного ребенка / А. С. Грибоедов / под ред. А. С. Грибоедова, А. К. Борсука и В. В. Белоусова. – М.- Пг.: Госиздат, 1924. – 232 с.
37. Гуревич, М. О. Анатомо-физиологические основы психомоторики и ее соотношения с телосложением и характером / М. О. Гуревич, Н. И. Озерский. – М.-Л.: Гос. мед. изд-во, 1930. – 158 с.
38. Гуревич, М. О. Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа / М. О. Гуревич. – М.: Медгиз, 1945. – 180 с.
39. Гуревич, М. О. Психопатология детского возраста. – 2-е изд., испр. и значительно доп. / М. О. Гуревич. – М.: Гос. мед. изд-во, 1932. – 229 с.
40. Гуревич, М. О. Учебник психиатрии. – 4-е изд., перераб. / М. О. Гуревич, М. Я. Серейский. – М.-Л.: Медгиз, 1940. – 316 с.
41. Даллакян, И. Г. Отражение активности эмоционально-мотивационных механизмов мозга в некоторых показателях электроэнцефалограммы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Г. Даллакян. – М., 1970. – 24 с.
42. Данилов, И. В. Тонус и работоспособность мозга / И. В. Данилов, Н. А. Костенецкая, П. С. Купалов // Новое в биологии и медицине. – Л.: Знание, 1964. – Вып. 3. – С. 3–16.
43. Деглин, В. Л. Нейрофизиологические механизмы познавательной деятельности человека / В. Л. Деглин // Поведение и мозг. – Л.: Медицина, 1978. – С. 34–42.

44. Доброхотова, Т. А. К эмоционально-аффективной патологии при двухстороннем поражении медио-базальных структур лобно-височных отделов головного мозга / Т. А. Доброхотова // Глубокие структуры мозга человека в норме и патологии. – М.-Л.: Медицина, 1966. – С. 57–60.
45. Ефремов, К. Д. Клинико-электрофизиологическое изучение поражения головного мозга у детей с некоторыми формами общего психического недоразвития: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Д. Ефремов; НИПНИ им. В. М. Бехтерева – Л., 1974. – 28 с.
46. Ефремов, К. Д. О некоторых особенностях функционального состояния мозга олигофренов по материалам электроэнцефалографии / К. Д. Ефремов, Д. Н. Исаев // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. науч. трудов ЛПМИ / под ред. С. С. Мнухина. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 103–112.
47. Зислина, Н. Н. Особенности электрической активности мозга детей-олигофренов / Н. Н. Зислина // Умственно отсталый ребенок: Очерки изучения особенностей высшей нервной деятельности детей-олигофренов / под ред. А. Р. Лурия. – М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1960. – С. 77–82.
48. Иваницкий, А. М. Нейрофизиологический анализ врожденных поражений мозга: экспериментальные модели и патогенез олигофрений / А. М. Иваницкий. – М.: Наука, 1966. – 253 с.
49. Иллюстрированный энциклопедический словарь Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона: современная версия: [в 24-х тт.]. – М.: Эксмо Форум, 2007. – Т. 16. – 255 с.
50. Исаев, Д. Н. Клинико-физиологическая классификация олигофрении у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д. Н. Исаев. – Л., 1970. – 24 с.
51. Исаев, Д. Н. Клинико-экспериментальные корреляции при некоторых формах олигофрении у детей / Д. Н. Исаев // Материалы 2-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. – М., 1967. – С. 238–242.

52. Исаев, Д. Н. Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбики в их происхождении / Д. Н. Исаев // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. науч. трудов ЛПМИ / под ред. С. С. Мнухина. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 91–102.
53. Исаев, Д. Н. Об особой атонической форме детских резидуальных энцефалопатий с синдромом олигофрении / Д. Н. Исаев // 5-й Всесоюзный съезд психиатров и невропатологов. – М., 1969. – Т. 1. – С. 284–290.
54. Исаев, Д. Н. Об электроэнцефалографической характеристике форм олигофрении у детей / Д. Н. Исаев, Г. К. Поппе // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1968. – № 10. – С. 1496–1499.
55. Исаев, Д. Н. Психическое недоразвитие у детей / Д. Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
56. Исаев, Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков: Руководство / Д. Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
57. Каган, В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981. – 206 с.
58. Калинер, С. С. Психические нарушения при отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы / С. С. Калинер. – М.: Медицина, 1974. – 142 с.
59. Кандаратская, К. М. Резидуальные явления после инфекционного энцефалита у детей / К. М. Кандаратская // Невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1936. – Т. V, вып. 1. – С. 99–110.
60. Кащенко, В. П. Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах. Охрана душевного здоровья детей. Пособие для родителей и педагогов / В. П. Кащенко. – М.: Изд-во Центрального отдела народного образования железных дорог (Цепутькульт), 1919. – 122 с.
61. Кириченко, Е. И. О дифференциации некоторых форм задержки речевого развития у детей с ранним органическим поражением головного

мозга / Е. И. Кириченко, О. А. Трифонов // I-я Всероссийская конференция по невропатологии и психиатрии детского возраста. – М., 1974. – С. 135–139.

62. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 558 с.

63. Корсаков, С. С. К психологии микроцефалов / С. С. Корсаков. – М.: Изд-во И. Н. Кухнерева, 1894. – 65 с.

64. Корсаков, С. С. К вопросу об острых формах умопомешательства / С. С. Корсаков. – М.: Т-во "Печатня С. П. Яковлева", 1891. – 12 с.

65. Костомарова, Н. М. Качественная характеристика деградации интеллектуальной деятельности у больных с диффузными изменениями ЦНС в результате травмы головы / Н. М. Костомарова // Травматические повреждения центральной нервной системы. – М.: Медгиз, 1940. – С. 191–219.

66. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 254 с.

67. Латаш, Л. П. Гипоталамус, приспособительная активность и электроэнцефалограмма / Л. П. Латаш. – М.: Наука, 1968. – 296 с.

68. Латаш, Л. П. Лимбическая система и процессы организации действия / Л. П. Латаш // Физиология и патология лимбико-ретикулярного комплекса: сб. статей / под ред. П. К. Анохина. – М.: Наука, 1968. – С. 43–49.

69. Латаш, Л. П. Нейропсихологические синдромы очаговых повреждений мозга, включающих лимбико-ретикулярные структуры и проблема организации процессов памяти / Л. П. Латаш, Л. Т. Попова, Б. Е. Петренко, С. А. Солдатова // 5-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М., 1969. – Т. 1. – С. 215–219.

70. Латаш, Л. П. Ориентировочная реакция при поражениях ринэнцефалических образований головного мозга человека / Л. П. Латаш, Л. Т. Попова

// Глубокие структуры головного мозга человека в норме и патологии / под ред. Н. П. Бехтеревой. – М.-Л.: Наука, 1966. – С. 101–107.

71. Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.

72. Левченко, И. Ю. Патопсихология: Теория и практика: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко. – М.: Изд. центр «Академия», 2000. – 232 с.

73. Лупандин, В. М. Об эффективности лечения нарушений поведения у детей с задержкой интеллектуального развития препаратами метаболического действия / В. М. Лупандин, Л. А. Ермолина, И. Г. Авруцкая и др. // IV Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. – М., 1978. – С. 181–187.

74. Лурия, А. Р. Нейропсихологические симптомы поражения медиальных отделов мозга / А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская // Глубинные структуры мозга: (Анатомия, физиология и патология): в 2-х тт. / под общ. ред. проф. В. В. Михеева. – М., 1969. – Т. 1. – С. 73–76.

75. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М.: Изд-во МГУ, 1973. – 374 с.

76. Ляпидевский, С. С. Некоторые проблемы развития отсталых детей / С. С. Ляпидевский // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / под ред. А. Р. Лурия. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. – Т. 1. – С. 401–418.

77. Майзель, И. Е. Нервные и психические заболевания раннего детского возраста / И. Е. Майзель, Т. П. Симсон. – М.: Изд-во Мосздраотдела, 1928. – 110 с.

78. Макаров, И. В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста / И. В. Макаров. – СПб: Наука и Техника, 2013. – 416 с.

79. Макаров, И. В. Олигофрении. Систематика, клиника, диагностика / И. В. Макаров // Лекции по детской психиатрии. – СПб.: Речь, 2007. – Лекция 7. – С. 126–146.
80. Макаров, И. В. Умственная отсталость (олигофрения) / И. В. Макаров // Психиатрия. Клинические рекомендации / под. ред. Н. Г. Незнанова, Ю. А. Александровского, Л. М. Барденштейна и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Гл. 8. – С. 366–379.
81. Марковская, И. Ф. Задержка психического развития: клиничко-нейропсихологическая диагностика / И. Ф. Марковская. – М.: Компенс-Центр, 1993. – 198с.
82. Мелехов, Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д. Е. Мелехов. – М.: Медгиз, 1963. – 198 с.
83. Милевский, М. М. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: пособие для врачей / под ред. М. М. Милевского. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2006. – С. 104–107.
84. Михеев, В. В. Семиология поражений лимбической системы / В. В. Михеев, Н. А. Ильина // Глубинные структуры мозга: (Анатомия, физиология и патология): в 2-х тт. / под общ. ред. проф. В. В. Михеева. – М., 1969. – Т. 1. – С. 77–80.
85. Мнухин, С. С. О клиничко-физиологической классификации олигофрении / С. С. Мнухин // Тезисы 7 годичной сессии ЛПМИ. – Л., 1956. – С. 86–89.
86. Мнухин, С. С. О клиничко-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей / С. С. Мнухин // Вопросы детской психоневрологии: сб. научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб, 1961. – Т. 25. – С. 67–77.
87. Мнухин, С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / С. С. Мнухин // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. научных трудов ЛПМИ. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 5–22.

88. Мнухин, С. С. О синдроме «раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей / С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1967. – № 10. – С. 1501–1506.
89. Мнухин, С. С. О структуре, механизмах и локализации некоторых сенсорных нарушений у детей / С. С. Мнухин // Научная деятельность психоневрологического института им. В. М. Бехтерева за 1947 год / под ред. проф. В. Н. Мясищева. – Л., 1948. – С. 96–98.
90. Мнухин, С. С. Об органической основе некоторых форм шизоидных или аутистических психопатий / С. С. Мнухин, Д. Н. Исаев // Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечение душевных заболеваний: сб. научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1969. – Т. 52. – С. 112–121.
91. Мнухин, С. С. Об особом типе неравномерного психического недоразвития у детей / С. С. Мнухин // 3-й Всесоюзный съезд психиатров и невропатологов: тезисы докладов. – Л.: Медгиз, 1948. – С. 84–87.
92. Мухордова, О. Е. Прогрессивные матрицы Равена: методические рекомендации / О. Е. Мухордова, Т. В. Шрейбер. – Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2011. – 70 с.
93. Наджаров, Р. А. Формы течения / Р. А. Наджаров // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – Гл. 2. – С. 16–76.
94. Незнанов, Н. Г. Умственная отсталость / Н. Г. Незнанов, И. В. Макаров // Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 594–617.
95. Никольская, О. С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О. С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 364 с.

96. Озерецкий, Н. И. Исследование моторной одаренности: Тесты, предложенные доктором Н. И. Озерецким / Н. И. Озерецкий. – Иркутск: Изд-во "Власть труда", 1929. – 8 с.
97. Озерецкий, Н. И. Психопатология детского возраста: пособие для высших педагог. учеб. заведений. – 2-е изд., доп. и перераб. / Н. И. Озерецкий. – Л.: Учпедгиз, 1938. – 328 с.
98. Орбели, Л. А. Лекции по физиологии нервной систем. – 3-е изд., испр. и доп. / Л. А. Орбели. – М.; Л.: Наркомздрав; Гос. изд-во мед. лит., 1938. – 311 с.
99. Павлов, И. П. Избранные труды по физиологии высшей нервной деятельности / И. П. Павлов. – М.: Гос. Учпедгиз, 1950. – 264 с.
100. Панасюк, А. Ю. Адаптированный вариант методики Д. Векслера – WISC: методическое пособие / А. Ю. Панасюк. – М.: Б. и. – 1973. – 79 с.
101. Панасюк, А. Ю. К исследованию умственной отсталости ревидированной шкалой Стенфорд-Бине / А. Ю. Панасюк // Проблемы психопатологии детского возраста: сб. науч. трудов ЛПМИ. – Л., 1971. – Т. 57. – С. 78–82.
102. Певзнер, М. С. Дети-олигофрены: Изучение детей-олигофренов в процессе их воспитания и обучения / М. С. Певзнер. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959. – 484 с.
103. Певзнер, М. С. Изучение структуры дефекта при олигофрении / М. С. Певзнер // 2-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1967. – С. 252–254.
104. Певзнер, М. С. Клиническая характеристика основных вариантов дефекта при олигофрении / М. С. Певзнер // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / под ред. А. Р. Лурия. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. – Т. 1. – С. 354–399.
105. Певзнер, М. С. Спорные вопросы в проблеме олигофрении / М. С. Певзнер // Проблемы олигофрении / под ред. Н. Н. Ляшко и Д. Д. Федотова. – М.: Моск. НИИ психиатрии, 1970. – С. 13–22.

106. Петраков, Б. Д. Эпидемиология психических расстройств: руководство для врачей / Б. Д. Петраков, Б.Д. Цыганков. – М.: НЦПЗ РАМН, 1996. – 136 с.
107. Попова, Л. Т. О псевдолобном синдроме при повреждении ринэнцефалических и мезенцефалодиэнцефальных систем / Л. Т. Попова // Физиология и патология лимбико-ретикулярного комплекса: сб. статей / под ред. П. К. Анохина. – М.: Наука, 1968. – С. 197–201.
108. Прокопова, Е. Д. Об особой форме неравномерного психического недоразвития у детей, ее клинико-экспериментальном анализе и обосновании: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. Д. Прокопова; Ленинградский гос. педиатр. мед. ин-т. – Л., 1953. – 16 с.
109. Проселкова, М. Е. Особенности психического развития детей-сирот раннего возраста / М. Е. Проселкова, Г. В. Козловская, В. М. Башина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1995. – № 5. – С. 52–56.
110. Равен, Дж. К. Руководство к прогрессивным матрицам Равена и словарным шкалам. Разд.1. Общая часть руководства: пер. с англ. / Дж. К. Равен, Дж. Равен, Дж. Х. Курт. – М.: Когито–Центр, 1997. – 76 с.
111. Райт, М. Л. Процессы синхронизации и десинхронизации в ЭЭГ человека при некоторых поражениях диэнцефально-стволовых отделов головного мозга: автореф. дис. ... канд. биол. наук / М. Л. Райт. – М., 1970. – 22 с.
112. Реброва, О. В. Статистический анализ медицинских данных с помощью пакета программ «Статистика» / О. В. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 380 с.
113. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие. 3-е изд., перераб. и доп. / С. Я. Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.

114. Семаго, Н. Я. Методические рекомендации к «Диагностическому альбому для оценки развития познавательной деятельности ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст» / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – М.: Айрис-пресс, 2005. – С. 18–21.
115. Семаго, Н. Я. Механизмы двигательной расторможенности и специфичные им виды коррекционной работы / Н. Я. Семаго // Аутизм и нарушения развития. – 2006. – № 2. – С. 1–10.
116. Сеченов, И. М. Рефлексы головного мозга. – 2-е изд. / И. М. Сеченов. – СПб, 1871. – 179 с.
117. Симсон, Т. П. Психоневрология детского возраста / Т. П. Симсон, М. М. Модель, Л. И. Гальперин. – М.-Л., Биомедгиз, 1935. – 369 с.
118. Скворцов, И. А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии / И. А. Скворцов, Н. А. Ермоленко. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 367 с.
119. Смирнова, Е. О. Развитие воли и произвольности в раннем онтогенезе / Е. О. Смирнова // Вопросы психологии. – 1990. – № 3. – С. 49–57.
120. Снежневский, А. В. Клиническая психиатрия (избранные труды) / А. В. Снежневский. – Москва: Медицина, 2004. – 269 с.
121. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1955. – Т. 1. – 459 с.
122. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1965. – Т. 3. – 335 с.
123. Сухарева, Г. Е. Резидуальные психические явления у детей после травмы головы / Г. Е. Сухарева, Д. Л. Эйнгорн // Психиатрическая больница на путях реконструкции. Сб. работ психиатрической больницы им. П. П. Кащенко. М. – Л., 1934. – Т. 1. – С. 235 – 261.
124. Трауготт, Н. Н. О нарушениях взаимодействия сигнальных систем при некоторых островозникающих патологических состояниях головного мозга / Н. Н. Трауготт. – М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1957. – 224 с.

125. Трошин, Г. Я. Классификация детской ненормальности с выделением практически важных форм / Г. Я. Трошин. – М.: Типогр. штаба Моск. воен. окр, 1914. – 38 с.
126. Трошин, Г. Я. Ощущения при психическом недоразвитии (Идиотизм, имбецильность, отсталость) / Г. Я. Трошин. // Современная психиатрия. – 1915. – № 1-2. – С. 350–373.
127. Уолтер, Г. Биоэлектрические и метаболические внутримозговые признаки умственной деятельности / Г. Уолтер // Глубокие структуры мозга человека в норме и патологии / под ред. Н. П. Бехтеревой. – М.-Л.: Медицина, 1966. – С. 164–168.
128. Уолтер, Г. Контингентная негативная вариация, как электрокорковый признак сенсомоторной рефлекторной ассоциации у человека / Г. Уолтер // Рефлексы головного мозга: междунар. конф., посвящ. 100-летию выхода в свет одноим. тр. И. М. Сеченова. – М.: Наука, 1965. – С. 365–381.
129. Уолтер, Г. Роль лобных долей мозга человека в регуляции активности / Г. Уолтер // Лобные доли и регуляция психических процессов. – М.: Изд. МГУ, 1966. – С. 156–175.
130. Ухтомский, А. А. Доминанта / А. А. Ухтомский. – М.-Л.: Наука, 1966. – 273 с.
131. Ушаков, Г. К. Детская психиатрия / Г. К. Ушаков. – М.: Медицина, 1973. – 392 с.
132. Хомская, Е. Д. К патологии взаимоотношения сигнальных систем у умственно отсталых детей / Е. Д. Хомская // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / под ред. А. Р. Лурия. – М.: АМН РСФСР, 1956. – Т. 1. – С. 310–316.
133. Чернюк, В. П. Динамика нервно-психических проявлений невропатий и некоторых психопатоподобных состояний у детей с перинатальными

повреждениями / В. П. Чернюк, С. Б. Аксентьев // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста: сб. трудов Моск. НИИ психиатрии. – М., 1973. – Т. 66. – С. 195–199.

134. Чуркин, А. А. Психиатрическая помощь населению России в 2006 году / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 4–12.

135. Чуркин, А. А. Психическое здоровье населения России в 1985–1995 гг. / А. А. Чуркин // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 1. – С. 53–58.

136. Чухловин, А. В. Апробация психологической методики ТАТ при исследовании олигофрении у детей / А. В. Чухловин, Д. А. Ходов // Проблемы психопатологии детского возраста: сб. науч. трудов ЛПМИ. – Л., 1971. – Т. 57. – С. 82–86.

137. Шеповальников, А. Н. Активность спящего мозга. Электрополиграфическое исследование физиологического сна у детей / А. Н. Шеповальников. – Л.: Наука, 1971. – 186 с.

138. Шнайдер, К. Клиническая психопатология. –14-е изд., неизм. / К. Шнайдер. – Киев: Сфера, 1999. – 236 с.

139. Штромайер, В. Психопатология детского возраста. Лекции для врачей и педагогов: пер. с нем. / В. Штромайер. – М.-Л.: Госиздат, 1926. – 220 с.

140. Шутова, Н. Г. О некоторых нарушениях метаболизма при шизоформных состояниях у детей / Н. Г. Шутова, С. С. Мнухин, Б. В. Воронков // Проблемы психопатологии детского возраста: сб. науч. трудов ЛПМИ. – Л., 1971. – Т. 57. – С. 44–48.

141. Эдельштейн, А. О. Исходные состояния шизофрении / А. О. Эдельштейн. – М.: Изд. 1-го мед. ин-та, 1938. – 116 с.

142. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.
143. Юнкеров, В. И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. Лекции для адъюнктов и аспирантов / В. И. Юнкеров, С. Г. Григорьев. – СПб.: ВМедА, 2005. – 266 с.
144. Ясюкова, Л. А. Методика определения готовности к школе: прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе / Л. А. Ясюкова. – СПб.: ИМАТОН, 1999. – 184 с.
145. Ясюкова, Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: методическое руководство / Л. А. Ясюкова. – СПб.: ИМАТОН, 1997. – 80 с.
146. Achenbach, T. M. Developmental Psychopathology / T. M. Achenbach. – New York: Ronald Press, 1974. – 726 p.
147. Asperger, H. Die «Autistischen Psychopaten» im Kindesalter / H. Asperger // Arch. Psychiat. Nervenkr. – 1944. – Bd. 117. – S. 76–136.
148. Beley, A. Idiocy and dysgraphic abnormalities / A. Beley, A. Roussel, R. Flambart // Ann. Med. Psychol. (Paris). – 1960. – Vol. 118 (1). – P. 750–758.
149. Berze, J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hypophrenien überhaupt / J. Berze. – Leipzig: Deuticke, 1914. – 404 s.
150. Conrad, K. Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns / K. Conrad. – Stuttgart: Thieme, 1958. – 165 s.
151. Covian, M. R. Studies on the neurovegetative and behavioral functions of the brain septal area / M. R. Covian // Structure and Function of the Limbic System. – New York: Elsevier, 1967. – P. 189–217.

152. Eisenson, J. Developmental patterns of non-verbal children and some therapeutic implications / J. Eisenson // *Journal of Neurological Science*. – 1966. – Vol. 3 (3). – P. 313–320.
153. Frankenstein, C. Impaired intelligence: an analysis of essential element and types / C. Frankenstein // *Isr. Ann. Psychiatr. Relat. Discip.* – 1964. – № 2. – P. 9–27.
154. Gleitman, H. Perception, Cognition, and Language: Essays in Honor of Henry and Lila Gleitman / H. Gleitman, L. R. Gleitman, B. Landau. – Cambridge: MIT Press, 2000. – 360 p.
155. Goldin-Meadow, S. The development of language-like communication without a language model / S. Goldin-Meadow, I. Feldman // *Science*. – 1977. – Vol. 197. – P. 401–403.
156. Grastyan, G. The hippocampus and higher nervous activity / G. Grastyan // *The Central Nervous System and Behavior*. – New York: Josiah Macy, Jr., Foundation, 1959. – P. 119–205.
157. Grünthal, E. Über der Erkennung der traumatischen Hirnverletzung / E. Grünthal. – Berlin: S. Karger, 1936. – 116 s.
158. Höffler, A. Psychische Arbeit / A. Höffler. – Hamburg: Voss, 1894. – 129 s.
159. Horn, G. Changes in neuronal activity and their relationship to behavior / G. Horn // *Short-Term Changes in Neural Activity and Behaviour* / ed. by G. Horn, R. A. Hinde. – New York: Cambridge University Press, 1970.
160. Huber, G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen / G. Huber // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 1966. – Bd. 34. – S. 409 – 426.
161. Janzarik, W. Dynamische Grundkonstellationen in Endogenen Psychosen: Ein Beitrag zur Differentialtypologie der Wahnphänomene/ W. Janzarik. – Berlin: Springer, 1959. – 99 s.

162. Kraepelin, E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Arzte. Achte, vollstaendig umgearbeitete / E. Kraepelin // Klinische Psychiatrie.– Leipzig: Barth Verl., 1915. – Auflage. IV Band. III Teil. – S. 1397–2340.
163. Kraepelin, E. Ueber geistige Arbeit / E. Kraepelin. – Jena: G. Fischer, 1894. – 26 s.
164. Mayer-Gross, W. Some Observations on Apraxia / W. Mayer-Gross // Proceedings of the Royal Society of Medicine. – 1935. – Vol. 28(9). – P. 1203–1212.
165. Miller, G. A. Plans and the structure of behavior / G. A. Miller, E. Galanter, K. H. Pribram. – New York: Henry Holt and Co. Inc., 1960. – 226 p.
166. Niki, H. Response perseveration following hippocampal ablation in rat / H. Niki // Jap. Psych. Res. – 1966. – Vol. 8. – P. 1–9.
167. Psychiatric approaches to mental retardation / ed. by F. J. Menolascino. – New York: Basic Books, 1970. – 764 p.
168. Sullwold, L. Schizophrene Basisstorungen / L. Sullwold, G. Huber. – Berlin: Springer Verl., 1986. – 177 p.
169. Sullwold, L. Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstorungen / L. Sullwold. – Berlin [et al.]: Springer Verl., 1977. – 109 s. (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Bd.13).
170. Taylor, J. Moral and cognitive development in normal and retarded children / J. Taylor, T. M. Achenbach // American Journal of Mental Deficiency. – 1975. – Vol. 80. – P. 43–50.
171. Tredgold, A. F. Textbook of Mental Deficiency (subnormality). – 10th ed. / A. F. Tredgold, R. F. Tredgold, K. Soddy. – Baltimore: Williams and Wilkins Co., 1963. – 530 p.
172. Walter, W. G. Brain mechanisms and perception / W. G. Walter // Brit. J. Physiological Optics. – 1965. – Vol. 22. – P. 1–9.

173. Walter, W. G. Effects on anterior brain responses of an expected association between stimuli / W. G. Walter // J. Psychosomatic Res. – 1965. – Vol. 9. – P. 45–49.
174. Walter, W. G. Expectancy waves and intention waves in the human brain and their application to the direct cerebral control of machines / W. G. Walter // Electroenceph. Clin. Neurophysiol. – 1966. – Vol. 21. – P. 616.
175. Walter, W. G. The effects of attention and distraction on the contingent negative variation in normal and neurotic subjects / W. G. Walter // Electroenceph. Clin. Neurophysiol. – 1968. – Vol. 25. – P. 319–329.
176. Weisz, J. R. The effects of IQ and mental age on hypothesis behavior in normal and retarded children / J. R. Weisz, T. M. Achenbach // Developmental Psychology. – 1975. – Vol. 11. – P. 304–310.
177. Woodward, K. F. Psychiatric study of mentally retarded children of pre-school age: report on first and second years of a three-year project. / K. F. Woodward, M. G. Siegel, M. J. Eustis // Am. J. Orthopsychiatry. – 1958. – Vol. 28 (2). – P. 376–393.

Приложение 1.

Клинические иллюстрации атонической формы умственной отсталости у детей.

Клинический пример № 1. Пациент Михаил, 4 года. Поступил в отделение детской психиатрии НИПНИ им. В. М. Бехтерева в связи с выраженной задержкой психоречевого развития, неусидчивостью, нарушением концентрации внимания.

Из анамнеза известно, что наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с хламидиозом, обострением хронического пиелонефрита, угрозой выкидыша в 20 – 21 недель. Роды первые, срочные. Масса при рождении 3820 г, длина – 55 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. На первом году моторно развивался соответственно возрасту. Психически – с задержкой: в 1 год произносил 3 – 4 слова, не отзывался на свое имя, не выполнял инструкции, не сосредоточивал взгляд, игрушки внимания не привлекали. С раннего возраста был чрезмерно подвижным, возбудимым. С 2 лет и 6 мес. посещал ДДУ, далее - коррекционную группу для детей с ЗПР. С 3 лет наблюдался психиатром в связи с задержкой психоречевого развития, неоднократно проходил курсы ноотропной терапии.

В стационаре сознание не помрачено, ориентирован соответственно уровню своего развития. Продуктивной симптоматики не выявлено. Контакт был доступен ограниченно ввиду несформированности речевой функции и гипопрозекии. Контакт глаз кратковременный. Обращенную речь понимал на уровне простейших бытовых инструкций, подкрепленных жестовым сопровождением. На собственное имя реагировал избирательно, после многократных повторов. На вопросы доктора не отвечал, инструкции не выполнял, на запреты не реагировал, при этом понимал запрещающие инструкции матери. Собственная речь была представлена отдельными слогами, звуками. Произвольное внимание не сформировано. По мере адаптации и при стимулирующей помощи целенаправленное внимание удавалось привлечь на короткое время.

Отмечалась выраженная неусидчивость (ходил по кабинету, отрывал ящики, листал газету, интерес быстро пропадал), поведение полевое. Совершал стереотипные движения руками, хлопал ладошками по голове. Эмоционально был малодифференцирован, мимика маловыразительная. В ответ на за-

прещающие действия отмечалась выраженная эмоциональная аутоагрессивная реакция. В общении с матерью ласков. Легко принимал телесный контакт, как от матери, так и от окружающих, стремился к нему.

Контакт с детьми не отвергал, но чаще играл один, большую часть времени бегал по коридору. К игрушкам, окружающим предметам интереса не проявлял. Фиксировал внимание на игрушках на короткое время (конструктор «Лего»). Развитие игровой деятельности на уровне неспецифических манипуляций.

Мелкая и крупная моторика были развиты недостаточно. Моторика неловкая. Навыки самообслуживания сформированы частично: самостоятельно ел, раздевался, одевался с помощью, пользовался горшком. Отличал съедобное от несъедобного.

При экспериментально-психологическом обследовании была выявлена несформированность функций внимания и речи. Пирамидку и доску Сегена не собирал, действия не активные, держал предметы в руках, но не рассматривал. Графическая изобразительная деятельность не сформирована.

Заключение логопеда: моторная алалия.

МРТ головного мозга: на основании МР картины данных за патологические изменения вещества головного мозга не выявлено.

ЭЭГ мониторинг ночного сна. По характеру БЭА головного мозга определялись следующие нарушения: умеренно выраженные изменения БЭА органического характера с заинтересованностью передне-центральных отделов коры головного мозга справа; нарушение ликвродинамики; ирритация стволовых структур на фоне недостаточной сформированности возрастного паттерна ЭЭГ.

Катамнез через 2 года. За прошедший период отмечалась значительная положительная динамика в психическом развитии, стал спокойнее в поведении, редуцировались стереотипные похлопывания и аутоагрессия, улучшился контакт глаз, стал лучше понимать обращенную речь, появилось несколько новых слов в активной речи. По-прежнему сохранялась гипопрозексия.

Во время обследования стал проявлять адекватный интерес к предлагаемым игровым материалам. Понимание и усвоение инструкций на бытовом уровне. Эмоциональный фон неустойчивый, отмечались реакции негативизма, капризность в ситуации обследования, при необходимости выполнить задание до конца. Часто проявлял желание делать то, что хочет, при запрете проявлял негативизм, капризность, кричал. В поведении отмечалась неусидчивость, трудности концентрации произвольного внимания.

Экспериментально-психологическое обследование показало следующее. Внимание было неустойчивым, требовалось переключение на другой вид деятельности. Концентрация продуктивного внимания при организующей и стимулирующей помощи до 10 мин. Представления о цвете сформированы частично (выделял при сравнении с образцом). Предметы по величине (большой-маленький) соотносил. Представления о форме сформированы частично (выделял при сравнении с образцом). Складывание пирамидки: действия адекватные, самостоятельно с учетом величины. Доска Сегена: действовал зрительным соотнесением. Ориентировался в частях собственного тела (дифференцировал пространственные понятия верх - низ). Целостный образ объекта сформирован, складывал разрезные картинки из 4-х деталей, из 6-ти - с помощью. Мелкая моторика развита слабо. Конструировал из строительного материала по образцу, строил башенку. Количественные представления сформированы на уровне один-много. Адекватно использовал игрушки, включался в совместную игру со взрослым, но на непродолжительное время. Формирование сюжетной игры на начальном уровне (по просьбе «Покатай игрушку на машинке», «Покорми куклу» выполнял).

Клинический пример № 2. Пациент Семен, 6 лет. Поступил в отделение детской психиатрии НИПНИ им. В. М. Бехтерева в связи с отсутствием экспрессивной речи, замкнутостью, трудностями переключения внимания.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Младшая сестра, учащаяся общеобразовательной школы, до 12 лет была гиперактивной, отмечались проблемы со звукопроизношением, плохо успевала по школьным предметам.

Ребенок от 4-й беременности (1 и 2 - здоровые девочки, 3-я мед. аборт), протекавшей на фоне токсикоза на всем протяжении, угрозы прерывания в первом триместре. Родился в срок с массой 3400 г, ростом 54 см, по шкале Апгар 7/8 баллов. Из роддома был переведен в ДГБ с диагнозом: внутриутробная гипоксия плода, ППЦНС гипоксического генеза, острое течение, синдром угнетения. Гипербилирубинемия метаболическая. Тимомегалия. Проведена НСГ, заключение: признаки ишемического поражения головного мозга, признаки ВУИ, субарахноидального кровоизлияния. С рождения на искусственном вскармливании. Раннее моторное развитие по возрасту. Психическое - с задержкой: к 1-му году слов нет, вокализации и слоги. На 9-м месяце при падении ударился головой, к врачам не обращались. В 1 год и 8 мес. родители обратили внимание на отставание ребенка в речевом развитии, нарушения внимания, гиперактивность. В ДДУ с 3-х лет: все время стоял возле окна, с

детьми не контактировал, плохо кушал, был тихим, спокойным, ничем не интересовался, с игрушками не играл. Через 2 мес. переведен в специализированный д/с, где пробыл 1 год: в течение этого времени поведение несколько улучшилось. Далее был переведен в логопедический д/с, где отмечалась четкая положительная динамика в психическом развитии: стал играть с игрушками, появился интерес к окружающему, стал более живой эмоционально, исчез энурез и энкопрез, несколько улучшилось внимание, стал самостоятельно мыться, кушать, стал более контактным, с ним стало проще договориться.

При обследовании в стационаре выявлено следующее. Мальчик контакту доступен несколько ограниченно. На имя реагировал коротким взглядом после нескольких повторений. Глазной контакт кратковременный. В контакт вступал с осторожностью, мог участвовать в совместном выполнении заданий по желанию непродолжительное время. Самостоятельной активности в общении не проявлял. Понимание обращенной речи ограничено бытовым уровнем. Собственная речевая активность в виде звукоподражания, отдельных коротких слов. При неудовольствии мог проявить агрессивное поведение. По просьбе, подкреплённой жестами, после многократных повторов давал игрушку. Вел себя достаточно спокойно, перелистывал журналы с картинками, играл с игрушками. Общий темп деятельности на низком уровне. Эмоциональные реакции адекватные ситуации, мог улыбаться. Реагировал на похвалу. Навыки самообслуживания сформированы. Интеллектуально представился с задержкой психического развития.

На протяжении всего срока госпитализации был малоактивным, редко контактировал с детьми, большую часть времени проводил в палате, играл с игрушками или занимался с сестрой, госпитализированной по уходу. Внимание привлекалось с трудом, на происходящее вокруг реагировал не сразу, эпизодически на некоторое время мог оставаться бездеятельным, с «отсутствующим» взглядом. Нуждался в постоянной организующей и стимулирующей помощи. Контакт был доступен, обращенную речь понимал на бытовом уровне, выполнял простые инструкции при повторных предъявлениях. В ответ на запреты и ограничения мог быть капризным, кричал, отказывался от выполнения заданий.

Экспериментально-психологическое обследование выявило несформированность функций внимания и памяти. Мелкая моторика развита слабо. Представления о цвете были сформированы недостаточно (не выделял по названию, предметы по цветам соотносил). Предметы по величине (большой-маленький, одинаковый) соотносил. Представления о форме сформированы недостаточно (выделял при сравнении с образцом). Складывание пирамидки

самостоятельное с учетом величины, действия адекватные. При складывании доски Сегена действовал полным зрительным соотнесением. Дифференцировал пространственные понятия верх-низ. Целостный образ объекта сформирован частично, складывал разрезные картинки из 4-х деталей. Конструирование по подобию не выполнял, самостоятельно строил башенку из кубиков, деталей конструктора. Количественные представления не сформированы.

Был обследован специалистами. Заключение врача невролога: резидуально-органическое поражение головного мозга. Миотонический синдром. Синдром внутричерепной гипертензии. Логопед выявил общее недоразвитие речи 1-го уровня, стертую форму дизартрии. Заключение врача генетика: данных за наследственную патологию не обнаружено, признаки соединительно-тканной дисплазии.

МРТ головного мозга: МР - данных за наличие аномалий развития, объемных образований и очаговых изменений в веществе головного мозга и мозжечка не получено. Неравномерно расширены единичные щели субарахноидального пространства по конвекситальной поверхности и полушарий мозга.

УЗДГ брахиоцефальных сосудов и ТКДГ без актуальной патологии.

ЭЭГ: биоэлектрическая активность характеризуется диффузными медленными потенциалами, периодически возникающими высокоамплитудными потенциалами, заметной дизритмией с заостренными волнами. Межполушарной асимметрии и типичной эпилептической активности во время исследования не обнаружено.

Катамнез через 6 лет. За прошедшее время отмечалась незначительная динамика в психическом развитии. Контакт оставался малопродуктивным за счет выраженных речевых нарушений и был ограничен потребностями ребенка. Контакт глаз удерживал. Телесный контакт принимал, проявлял положительные эмоции. На имя реагировал поворотом головы в сторону говорящего, фиксировал взгляд на лице. Обращенную речь понимал в объеме бытовой ситуации, выполнял простые инструкции. Улучшилась экспрессивная речь: стал использовать отдельные слова, фразы из 2 слов, произношение было невнятным. При стимулировании мог отвечать на вопросы отдельными словами, выражать просьбы. В поведении оставался достаточно спокойным, однако сохранялась капризность, когда мальчик не усваивал инструкцию к заданию. Большую часть времени рассматривал журналы с картинками, играл с игрушками. Эмоционально живой, улыбчивый, искал эмоциональной поддержки у мамы, часто обнимал ее.

В ходе экспериментально-психологического исследования диагностировано выраженное недоразвитие когнитивных функций (внимания, памяти, речевого и невербального мышления) по органическому типу. Внимание неустойчивое, произвольное. Произвольное внимание не сформировано. Удерживал внимание в течение часа при мотивированной деятельности, длительное время мог смотреть знакомые мультфильмы. Различал основные цвета, выделял по слову. Определял формы. Собирал картинки из геометрических фигур при наличии контура изображения. Сформировался механический пересчет предметов с помощью взрослого, число и количество не соотносил. Изобразительная деятельность: предметный рисунок в стадии формирования, появилось раскрашивание изображений.

Использование стандартизованных методик на определение уровня интеллектуального развития в полном объеме было недоступно. Большинство вербальных заданий ограничены в выполнении, пациенту было сложно сформулировать ответы на вопросы, затруднено мышление по аналогии. Общий уровень интеллектуального развития соответствовал умственному дефекту (ОИП=35). Вербальный интеллект равен 38, невербальный равен 44, что в формально-числовом выражении соответствует умеренному уровню недоразвития. Интеллект характеризовался неравномерностью с преобладанием невербального показателя, интертестовый разброс от 0 до 5 баллов. Выявлены нарушения свойств внимания (объем сужен, переключаемость затруднена, концентрация активного внимания снижена). Показатели протекания мнестических процессов снижены (в субтесте «Повторение цифр» (1 балл) в прямом порядке воспроизвел 3 цифры (в норме 5-7), в обратном порядке - инструкцию не усвоил).

Справился с отдельными заданиями невербальных субтестов методики Векслера. Наблюдательность недостаточная («Недостающие детали» - 0 баллов). Испытывал сложности при организации смыслового сюжета в единое целое, выполнял сложение отдельных частей целой картинки из 4 частей («Последовательные Картинки» - 2 балла). Недостаточно развиты аналитико-синтетические способности интеллекта («Кубики Коса» - 5 баллов); недостаточно развиты умения соотносить часть и целое без зрительного эталона («Сложение фигур» - 3 балла). Скорость формирования новых навыков снижена, самоорганизация поведения сформирована недостаточно (субтест «Кодирование» - 0 баллов, не выполняет письменное задание по инструкции).

Клинический пример № 3. Пациент Александр, 12 лет. Поступил в отделение детской психиатрии НИПНИ им. В. М. Бехтерева в связи с нарушениями внимания, речевым отставанием (неверно строил фразы, в устной речи путал падежи, род), недостаточным пониманием многих вещей, понятных сверстникам; ребенку требовались дополнительные объяснения, говорил быстро и «нес все подряд, приплетая цитаты из мультфильмов, фильмов», моторной неловкостью.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Отец ребенка себя оценивал, как малообщительного. Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности, вторых срочных родов. Родился с массой 3600 г, рост 53 см. Со слов родителей, в родах отмечалось «кислородное голодание». На первом году моторно и психически развивался с задержкой: сидеть начал с 6 мес, ходить с 1 г 4 мес, отдельные слова появились к 2 годам, фразы к 4 годам.

С раннего возраста было трудно привлечь внимание ребенка, не всегда отзывался на имя, требовалось многократное повторение инструкций на занятиях. Всегда был малоактивным, не стремился к обществу, редко отмечались бег по кругу и эпизоды болтливости чепухи, особенно когда оставался один. В детском саду играл в стороне, к детям не стремился, но и не отвергал их общество. В школу пошел с 8 лет, обучался по массовой программе, с которой справлялся плохо. Постепенно неуспеваемость нарастала и с 5 класса ребенок был переведен на надомную форму обучения.

С 2-х лет находился на диспансерном наблюдении у невролога по поводу задержки психического и речевого развития. С 7 лет наблюдался психиатром с диагнозом: резидуальные явления органического поражения ЦНС не уточненного генеза, ЗПР, гипертензионный синдром.

В стационаре сознание ясное. Ориентирован в месте и времени верно. Свободно рассказывал откуда он приехал, где живет, рассказывал о своей семье. Бредовых идей не высказывал, галлюцинаторного поведения не отмечалось. Контакт был затруднен из-за недостаточного внимания и низкого интеллекта пациента, сложностей в понимании сложных предложений и инструкций. Мальчик в беседе пассивен, крайне конкретен, формально послушен. Речь понимал в ограниченном объеме, скорее реагируя на отдельные слова, не осмысляя фразу в целом. Собственная речь представлена короткими фразами с нарушением согласования во фразе. Отмечались ответы на вопросы не впад, не усваивал смысл вопросов. Эпизодически ситуационно отмечалось ускорение мышления и речи, такую речь понимали только родные, окружающим она представлялась «бессвязной».

Инструкции к заданиям усваивал частично. Общий темп психомоторной деятельности был замедлен. Задания выполнял только те, которые нравятся. При выполнении заданий непоследователен, мог не соблюдать инструкцию, нуждался в стимулирующей и организующей помощи. Быстро утомлялся от одного дела и переключался на другое. Представления об окружающей среде скудные, ограничены узкими бытовыми рамками. Неплохо переписывал текст, на слух пишет грамотно. Читал без выражения, не учитывая пунктуацию. Смысл прочитанного не понимал, на вопросы по тексту не отвечал.

Эмоционально был малодифференцирован, мимика сглажена. Настроение не снижено. Эпизодически отмечалась повышенная раздражительность и импульсивность в поступках. Мышление сугубо конкретное. Интеллектуально представлялся неравномерным, на уровне дебильности, граничащей с имбецильностью.

Пациент достаточно быстро привык к нахождению в отделении. Стремился к сверстникам, однако дети избегали общения с ним, во многом потому что, Саша задевал их вербально и не умел выстраивать отношений, а также объясняя тем, что «Саша несет всякую чепуху». На первый план выступали отставание в развитии, низкая инициативность. В течение дня не находил, чем себя занять, обучения избегал. Эпизодически, когда был предоставлен сам себе, отмечались яктации.

Медицинским психологом установлено, что продуктивность интеллектуальной деятельности по методике Векслера в формально-числовом выражении соответствует умеренной степени умственной недостаточности (ВИП-40, НИП-78, ОИП-54). Выявлено недостаточное развитие опосредованного запоминания и понимания логической последовательности событий. Внимание характеризовалось истощаемостью, неустойчивостью, ребенок нуждался в постоянной стимулирующей помощи. Произвольное внимание нарушено.

Логопедическое обследование показало наличие системного недоразвития речи средней степени, дисграфии, дислексии.

Обследование врача генетика наследственной синдромальной патологии не выявлено.

На МР-томограммах головного мозга была выявлена асимметрия боковых желудочков $S > D$. Миндалины мозжечка расположены ниже плоскости большого затылочного отверстия на 4 мм.

На рентгенограммах черепа были выявлены умеренно выраженные «пальцевые вдавления».

Приложение 2.

Опросник для родителей

Уважаемые родители! Просим Вас ответить на вопросы данного опросника, касающиеся здоровья и развития Вашего ребенка. В вопросах, содержащих несколько вариантов ответа, отметьте пожалуйста те пункты, которые на Ваш взгляд больше всего подходят. Спасибо за Ваш труд, он поможет нам в будущем успешнее оказывать помощь детям.

Паспортная часть

1. ФИО ребенка (полностью) _____
2. Дата рождения ребенка _____
3. Возраст ребенка на момент заполнения опросника _____
4. Дата заполнения опросника _____
5. Ваши ФИО _____
6. Ребенок посещает:
 - детский сад;
 - школу;
 - не организован.
7. По какой программе обучается ребенок?
 - обычная;
 - коррекционная группа;
 - логопедическая группа;
 - программа 7 вида;
 - программа 8 вида;
 - программа «особый ребенок».
8. Имеется ли инвалидность по психическому заболеванию?
 - да;
 - нет.
9. Имеется ли инвалидность по другому (не психическому) заболеванию?
 - нет;
 - если есть, то по какому _____

Сведения о семье

1. Семья полная?
 - да;
 - нет.
2. Условия проживания удовлетворительные?
 - да;
 - нет.
3. Есть ли у ребенка брат (сестра)?
 - да;
 - нет.
4. Ребенок один из двойни или тройни?

- да;
 - нет.
5. Психическое развитие брата / сестры нормальное?
- да;
 - нет.
6. Отношения в семье благополучные?
- да;
 - нет.
7. Образование матери ребенка?
- средняя школа;
 - средне-специальное;
 - высшее.
8. Образование отца ребенка?
- средняя школа;
 - средне-специальное;
 - высшее.
9. Близкие родственники ребенка наблюдались психиатром?
- нет;
 - да - один из родителей ребенка;
 - да - братья или сестры ребенка;
 - да - бабушка (дедушка) или тетя (дядя) ребенка.
10. Близкие родственники ребенка учились в коррекционной школе?
- нет;
 - да - один из родителей ребенка;
 - да - родные братья или сестры ребенка;
 - да - бабушка (дедушка) или тетя (дядя) ребенка.
11. Имеются ли выраженные особенности характера у кого-либо из родственников?
- нет;
 - если да, то у кого и какие _____
12. На кого из родственников больше похож ребенок по характеру?
- _____

Сведения о соматическом состоянии ребенка и перенесенных заболеваниях

1. Какими врачами наблюдается ребенок (состоит на диспансерном учете)?
_____ (перечислите)
2. Имеется ли у ребенка аллергия?
- да;
 - нет.
3. Имеются ли у ребенка пороки развития органов?
- да;
 - нет.
4. Диагностировано ли у ребенка эндокринное заболевание?

- да;
 - нет.
5. Диагностировано ли у ребенка генетическое заболевание?
- да;
 - нет.
6. Эпилептические приступы имеются в настоящее время?
- да;
 - нет.
7. Переносил ли ребенок на фоне высокой температуры патологические состояния?
- судорожные приступы;
 - галлюцинации;
 - страхи с видениями;
 - нет.
8. Переносил ребенок тяжелые травмы головы (сотрясение / ушиб мозга)?
- да;
 - нет.
9. Наблюдаются ли у ребенка:
- реакция на смену погоды;
 - укачивание в транспорте;
 - носовые кровотечения без причины;
 - головные боли вне простуды;
 - нарушения сна;
 - энурез;
 - подмазывание калом;
 - заикание;
 - тики.
10. Проводились ли ребенку операции под наркозом?
- да;
 - нет.
11. Часто ли болеет простудными заболеваниями (больше 6 раз в год)?
- да;
 - нет.
12. Госпитализировался ли раньше в соматические стационары?
- да;
 - нет.
13. Если да то, когда и в связи с чем? _____

Сведения о неврологических и психических заболеваниях

1. Наблюдается ли неврологом в настоящее время?
- да;
 - нет.
2. Если да, то с каким диагнозом? _____
3. С какого возраста на учете у невролога? _____

4. Какие неврологические диагнозы ставились ранее? _____
5. Наблюдается ли психиатром в настоящее время?
 - да;
 - нет.
6. Если да, то с каким диагнозом? _____
7. С какого возраста на учете у психиатра? _____
8. Какие диагнозы ставились психиатрами ранее? _____
9. Госпитализировался ли ранее в психиатрический (неврологический стационар)?
 - да;
 - нет.
10. Какой диагноз ставили при выписке из психиатрического стационара (последний) _____
11. Ставились ли ребенку диагнозы: аутизм, шизофрения, деменция, менингит, энцефалит, эпилепсия? (подчеркните нужное)
12. В каком возрасте стали замечать отставание в развитии? _____
13. Что в отставании первым обратило на себя внимание? _____

Перинатальный период

1. Проживали ли вы в экологически неблагоприятных районах во время беременности и первых трех лет жизни ребенка?
 - да;
 - нет.
2. Какие перечисленные проблемы отмечались у матери до беременности? не отмечались / аборт / повторные аборты / невынашивание беременности / повторное невынашивание беременности / пороки развития женской половой системы / хроническое воспалительное заболевание женской половой системы / трудности с зачатием, бесплодие / эндокринологическое заболевание (нужное подчеркнуть).
3. Какая по счету беременность? _____
4. Исход предыдущих беременностей? _____
5. Возраст матери на момент беременности? _____
6. Имелось ли экстракорпоральное оплодотворение?
 - да;
 - нет.
7. Отмечались ли нарушения во время беременности (нужное подчеркнуть): не отмечались / подкравливало в начале беременности / госпитализация на сохранение / повторные госпитализации на сохранение / повышенный тонус матки / длительный токсикоз / хроническая гипоксия плода / нарушение развития плода / патология плаценты / анемия у матери / почечная недостаточность / инфекционные заболевания с повышением температуры выше 38 С° / стресс / прием лекарств (перечислите) _____ / другие нарушения во время беременности (перечислите) _____

8. Во время родов были ли нарушения (нужное подчеркнуть): безводный период больше 20 ч / слабая родовая деятельность / особое предлежание плода / другое (перечислите) _____
9. Воды были: светлые / зеленого цвета / с примесью крови / с запахом (нужное подчеркнуть).
10. Роды:
- естественным путем;
 - кесарево сечение;
 - экстренная операция.
11. На какой неделе родился ребенок (срок беременности)? _____
12. Ребенок закричал: сразу / в течение 5 минут / после аспирации околоплодных вод / реанимационных мероприятий (нужное подчеркнуть).
13. Имелось ли обвитие пуповиной вокруг шеи?
- да;
 - нет.
14. После рождения ребенку применяли: кислородную маску / искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) / нет (нужное подчеркнуть).
15. На какие сутки выписаны из роддома? _____
16. Диагноз при выписке из род. дома (нужное подчеркнуть): здоров / другой _____
17. Был перевод: в отделение патологии новорожденных / детскую больницу / реанимационное отделение / нет (нужное подчеркнуть).
18. Какой диагноз был при выписке из отделения патологии новорожденных? _____

Развитие ребенка на 1-м году жизни

Физическое развитие:

1. Когда ребенок стал держать голову? _____
2. Когда ребенок начал ползать? _____
3. Когда ребенок стал самостоятельно ходить? _____

Психическое развитие:

4. Рассматривал окружающую обстановку?
- да;
 - нет.
5. Узнавал родителей?
- да;
 - нет.
6. Эмоционально реагировал при виде родителей?
- да;
 - нет.
7. Реагировал на звуки?
- да;
 - нет.
8. Положительно реагировал на прикосновения?
- да;
 - нет.

9. Успокаивался, когда брали на руки?
- да;
 - нет.
10. Нарушения сна: не отмечались / очень мало спал / частые пробуждения во время сна / трудности с засыпанием / трудности с пробуждением (нужное подчеркнуть).
11. Поведение: тихий, спокойный / возбудимый, беспокойный, часто плакал и кричал / безучастный, безразличный ко всему происходящему (нужное подчеркнуть).
12. Реакция на окружающие предметы: оживленная реакция на яркие предметы, музыкальные игрушки / не обращал внимания на игрушки / подолгу мог смотреть на какую-нибудь незначительную деталь интерьера (нужное подчеркнуть).
13. Наблюдался ли ребенок на первом году жизни неврологом (невропатологом)?
- да;
 - нет.
14. С каким диагнозом наблюдался у невролога? _____

Развитие ребенка после 1-го года.

Речевое развитие:

1. Когда начал откликаться на имя? _____
 2. Когда начал реагировать на обращенную речь? _____
 3. Когда стал показывать по просьбе изображенных на картинках животных (предметы)? _____
 4. Когда стал показывать части лица на игрушке или лице взрослого? _____
 5. Когда начал понимать слово «нельзя»? _____
 6. Когда начал понимать простые инструкции (включающие 1 действие, например, сядь, дай, открой, оденься и др.)? _____
 7. Когда начал понимать сложные инструкции (больше 2-х последовательных действий)? _____
 8. Когда начал слушать сказки? _____
 9. Понимает инструкции только при жестовом сопровождении (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас.
 10. Использовал жесты для достижения желаемого (нужное подчеркнуть): нет / да // простые жесты (показывал пальцем, подводил за руку, кивал головой при согласии, качал головой при отказе) / сложные жесты (обозначающие действие, характер предметов).
 11. Предпочитает пользоваться жестами, а не речью (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас.
 12. Когда появились первые слова? _____
 13. Когда начал повторять по просьбе слова? _____
 14. Сколько слов произносил в 2 года? _____
 15. Когда появились первые фразы, несколько слов вместе? _____
 16. Было подозрение, что ребенок плохо слышит?
- да;

- нет.
17. Не задумываясь над вопросом повторял услышанное (эхолалии) (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас // редко / часто.
 18. Цитирует ранее услышанные фразы, не связанные с текущей ситуацией (из мультфильмов, телепередач) (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас // часто / редко.
 19. Говорит только при эмоциональном возбуждении (ситуации дискомфорта, чрезмерной радости) (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас.
 20. Использовал речь для достижения желаемого:
 - да;
 - нет.
 21. Понимал и использовал «я» - «мое», «ты» - «твое»:
 - да;
 - нет.
 22. Может назвать: свое имя / свой возраст / имя мамы (папы) / город, в котором живет (нужное подчеркнуть).
 23. Говорит о себе в 3-м или 2-м лице (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас.
 24. Может рассказать стихотворение (спеть песню)?
 - да;
 - нет.
 25. Знает буквы?
 - да;
 - нет.
 26. Умеет читать?
 - да;
 - нет.
 27. Умеет писать?
 - да;
 - нет.
 28. Умеет считать до 10?
 - да;
 - нет.

Клиническая картина

Особенности контакта:

1. Вступает в контакт: только с матерью (лицом, заменяющим мать) / контактирует только со знакомыми людьми / контактирует с детьми / контактирует в основном со взрослыми и детьми старшего возраста (нужное подчеркнуть).
2. Особенности контакта (нужное подчеркнуть): легко и непринужденно вступает в контакт / не умеет общаться с детьми / наблюдает за детьми со

стороны / избегает детей / избегает любого контакта / индифферентен к любым попыткам контакта / вступает в контакт только, если есть необходимость / проявляет интерес к окружающим людям / не обращает внимания ни на детей, ни на взрослых / ярко выражен эгоизм / отбирает игрушки у детей.

3. Может поздороваться за руку?
 - да;
 - нет.
4. Может помахать рукой на прощание?
 - да;
 - нет.
5. Может обратиться за помощью?
 - да;
 - нет.

Навыки опрятности:

1. Когда стал просится на горшок? _____
2. Когда стал контролировать мочеиспускание? _____
3. Когда стал контролировать дефекацию? _____
4. Когда стал самостоятельно ходить в туалет? _____
5. Отмечался ли ночной энурез: нет и не было / было раньше / есть сейчас // часто / редко (нужное подчеркнуть).
6. Отмечался ли дневной энурез (при условии, что ребенок может контролировать физиологические отправления): нет и не было / было раньше / есть сейчас // часто / редко (нужное подчеркнуть).
7. Испытывал (испытывает) дискомфорт, если намочил штаны?
 - да;
 - нет.

Навыки самообслуживания:

1. Когда начал помогать при кормлении (мог есть с ложки, когда кормят; придерживал чашку, когда пьет)? _____
2. Пассивно принимает пищу, не участвует в кормлении: нет / было раньше / есть сейчас (нужное подчеркнуть).
3. Когда начал сам держать и пользоваться столовыми приборами? _____
4. Сейчас пользуется столовыми приборами: в полной мере / только некоторыми приборами (нужное подчеркнуть).
5. Неловок при использовании столовых приборов?
 - да;
 - нет.
8. Предпочитает, чтоб его кормили (при этом умеет кушать сам)?
 - да;
 - нет.
6. Нуждается в постоянном контроле со стороны взрослых во время еды (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас.

7. Умеет самостоятельно делать бутерброд или наливать чай?
- да;
 - нет.
8. Может самостоятельно разогреть пищу?
- да;
 - нет.
9. Отвлекается во время еды на посторонние предметы?
- да;
 - нет.
10. Вскатывает из-за стола во время еды (нужное подчеркнуть): нет и не было / было раньше / есть сейчас // часто / редко.
11. Когда начал помогать одевать и раздевать себя (подавать руку, ногу)? _____
12. Пассивен в процессе одевания-раздевания (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
13. Когда начал самостоятельно одеваться (штаны, майку, носки, куртку и пр.)? _____
14. Когда начал самостоятельно раздеваться? _____
15. Когда научился расстегивать пуговицы? _____
16. Когда научился застегивать пуговицы? _____
17. Когда научился застегивать молнию? _____
18. Когда научился завязывать шнурки? _____
19. Когда научился не путать левый и правый ботинки? _____
20. Когда научился самостоятельно одевать обувь? _____
21. Предпочитает, чтоб его одевали / раздевали (хотя, умеет одеваться сам) (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
22. Отказывался надевать новую одежду и / или занаскивал какую-либо вещь «до дыр» (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
23. Постоянно отвлекается на посторонние предметы во время одевания / раздевания (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас // часто / редко.
24. Нуждается в постоянном контроле со стороны взрослых во время одевания и раздевания (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.

Игра

1. Когда начал интересоваться игрушками? _____
2. Предпочитает музыкальные игрушки (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
3. Интерес к игрушкам нестойкий, кратковременный (меньше 5 мин.) (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
4. Однотипно манипулирует игрушками без видимой цели и задачи (стучат, крутит) (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
5. Когда начал осуществлять простые игровые манипуляции игрушкой? _
6. Когда научился конструировать из кубиков? _____
7. Когда научился собирать пазлы? _____

8. Предпочитает играть неигровыми предметами (веревочка, вода, песок и др.) (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
9. Играет в игры с сюжетом (возит пассажиров, нагружает машинку, кормит, баюкает куклу)?
 - да;
 - нет.
10. Предпочитает играть один (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
11. Предпочитает подвижные игры с другими детьми (догонялки)?
 - да;
 - нет.
12. Совместно с другими детьми играет в игры с сюжетом?
 - да;
 - нет.
13. Играет с воображаемыми предметами и персонажами, придумывает роли (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
14. Негативно реагирует, если кто-либо вмешивается в его игру (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
15. Выстраивает предметы в ряд, негативно реагирует, если кто-то передвигает выстроенные предметы (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
16. Предпочитает играть в компьютерные игры (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
17. Играет с детьми или взрослыми в мяч?
 - да;
 - нет.
18. Играет только с братом (сестрой) (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.

Активность:

1. Большую часть дня ребенок: активен / гиперактивен / малоактивен (нужное подчеркнуть).
2. Эпизодически ребенок может быть: вялым и неактивным / гиперактивным (нужное подчеркнуть).
3. После занятий ребенок: вялый и малоактивный / расторможенный / активность нормальная (нужное подчеркнуть).
4. Есть ли резкие перепады активности («то бежит, то лежит»)?
 - да;
 - нет.
5. При эмоциональном всплеске или возбуждении (радость / гнев): активность мало меняется / активность увеличивается / становится расторможенным (нужное подчеркнуть).
6. Чрезмерная активность (если есть) проявляется в: бегаем / совершает повторяющиеся действия и движения (подпрыгивания / похлопывания / движения руками и др.) (нужное подчеркнуть).

7. Чрезмерная активность (если есть): целенаправленная (например, играет в догонялки с другими детьми) / не целенаправленная (бесцельная, бессмысленная) (нужное подчеркнуть).
8. При чрезмерной активности ребенка возможно успокоить?
 - да;
 - практически невозможно;
 - трудно.
9. При низкой активности ребенка его возможно «расшевелить»?
 - да;
 - практически невозможно;
 - трудно.
10. Может долго сидеть бездеятельно, не обращая ни на что внимания (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
11. Имеются ли стереотипные повторяющиеся движения (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
12. Имеются ли стереотипные повторяющиеся действия с предметами (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
13. Ребенок утомляется во время занятия (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.
14. Усидчивость в **свободное** от занятий время (нужное подчеркнуть): может достаточно долго сидеть и заниматься своими делами / иногда вскакивает с места, нужно подвигаться / постоянно в движении, не может усидеть и 5 минут.
15. Усидчивость на **занятии** (нужное подчеркнуть): больше 20 минут / от 10 до 20 минут / от 5 до 10 минут / меньше 5 минут / невозможно усадить для выполнения задания.
16. Во время занятия вскакивает (нужное подчеркнуть): нет / редко / часто / постоянно.

Интересы:

1. Ребенок практически ничем не интересуется?
 - да;
 - нет.
2. В свободное от занятий время ребенок предпочитает: мультфильмы / передачи по ТВ / реклама по ТВ / музыка / рисование / чтение / любит, когда ему читают (нужное подчеркнуть) / другие интересы _____ (перечислите)
3. Имеется стойкий интерес к определенному мультфильму (или эпизодам) (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас.

Эмоции:

1. Может быть ласковым?
 - да;
 - нет.
2. Принимает вашу ласку и реагирует соответствующе?

- да;
 - нет.
3. Может пожалеть (сам / по просьбе)?
 - да;
 - нет.
 4. Интенсивность проявляемых эмоций (нужное подчеркнуть): эмоции достаточно яркие / сила проявляемых эмоций снижена / очень бурные реакции.
 5. Бывает раздражительным: нет / было раньше / есть сейчас (редко / часто) (нужное подчеркнуть).
 6. Беспричинные эмоциональные вспышки смеха или плача (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас (редко / часто).
 7. Беспричинные быстрые смены настроения (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас (редко / часто).
 8. Бывает агрессивным (нужное подчеркнуть): нет / было раньше / есть сейчас (редко / часто).
 9. Агрессия направлена на: маму (лицо, заменяющее маму) / детей / тех, кто слабее физически / на всех без разбору / на тех, кто позволяет / на себя (нужное подчеркнуть).
 10. Эмоционально реагирует в соответствии с сюжетом при просмотре мультфильма: нет и не было / да (нужное подчеркнуть).
 11. Эмоционально реагирует в соответствии с сюжетом при прослушивании сказок: нет и не было / да (нужное подчеркнуть).
 12. Может быть капризным: когда не получает желаемого / когда принуждают к какой-либо деятельности / при утомлении / беспричинно (нужное подчеркнуть).
 13. Может проявлять беспокойство: в новой обстановке / при отсутствии матери / в присутствии незнакомых людей / не беспокоится при любых обстоятельствах / другое (нужное подчеркнуть).
 14. Ребенок боится (нужное подчеркнуть): громких звуков / животных / другое _____ (перечислите).
 15. Может проявлять неоправданное бесстрашие (может далеко убежать на улице, выбегать на проезжую часть, высоко залезать и пр.): нет / было раньше / есть сейчас (нужное подчеркнуть).

Внимание:

1. Реагирует на: обращенную речь / обращение по имени / звуки (музыка, хлопки) / прикосновения / мультфильмы (компьютерные игры), яркие игрушки (нужное подчеркнуть).
2. Привлечь внимание: легко / трудно, но возможно / практически невозможно (нужное подчеркнуть).
3. Интересной деятельностью (просмотр мультфильмов, игра, рисование и др.) ребенок может заниматься: меньше 2 мин. / 2-5 мин. / 5-15 мин. / 15-30 мин. / больше 30 мин (нужное подчеркнуть).

4. Во время интересной деятельности ребенок: не отвлекается / отвлекается редко / часто // затем возвращается к текущей деятельности / переключается на другой вид деятельности (нужное подчеркнуть).
5. Когда ребенок занят интересным делом, привлечь его внимание: легко / трудно, но возможно / практически невозможно (нужное подчеркнуть).
6. Заинтересовать новыми обучающими материалами: легко / трудно, но возможно / практически невозможно (нужное подчеркнуть).
7. Во время занятия может концентрировать внимание: меньше 1 мин. / 1-5 мин. / 5-15 мин. / 15-30 мин. / больше 30 мин (нужное подчеркнуть).
8. Во время занятия: не отвлекается / отвлекается редко / часто // затем возвращается к текущей деятельности / переключается на другой вид деятельности (нужное подчеркнуть).
9. Стимулирующая помощь во время занятия помогает ребенку сконцентрироваться?
 - да;
 - нет.
10. Может концентрировать внимание только при стимулирующей помощи: нет / было раньше / есть сейчас (нужное подчеркнуть).
11. Переключить ребенка на другой вид деятельности: легко / трудно, но возможно / практически невозможно (нужное подчеркнуть).
12. Внимание ребенка скользящее от одного предмета к другому без концентрации: нет / было раньше / есть сейчас (нужное подчеркнуть).

Другое:

1. Имеется ли избирательность в еде: нет / было раньше / есть сейчас (нужное подчеркнуть).
2. Избирательность в еде: по вкусовым предпочтениям / по цвету, консистенции (нужное подчеркнуть).
3. Имеется ли избирательность маршрутов: нет / было раньше / есть сейчас (нужное подчеркнуть).
4. Отмечаются ли нарушения сна (нужное подчеркнуть): нет / плохо засыпает / тяжело просыпается утром / часто пробуждается / сон беспокойный / не может уснуть без матери / не может уснуть без определенных вещей или ритуалов.

Приложение 3.

Модифицированная нейропсихологическая методика для обследования старших дошкольников (И. Ю. Левченко, 2000)

1. Исследование зрительного гнозиса (цветовой и предметный гнозис).

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
1	Подбор по образцу и называние цветов. Инструкция: «Покажи все красные (зеленые, синие, желтые) фигуры». При затруднении в выполнении задания даётся другая инструкция: «Покажи все фигуры вот такого цвета (указывается фигура одного из цветов)».	
2	Подбор по образцу геометрических фигур. Инструкция: «Покажи все квадраты (треугольники, круги)». При затруднении в выполнении задания: «Покажи только такие фигуры (указывается на квадрат, круг и т.д.)».	
3	Узнавание контурных изображений. Инструкция: «Назови, что здесь нарисовано».	
4	Узнавание перечеркнутых изображений. Инструкция: «Назови, что здесь нарисовано».	

Оценка результатов:

- 5 баллов - все ответы правильные;
- 4 балла - правильно узнает и называет предметы, но при рассмотрении перечеркнутых изображений, сам прибегает к вспомогательным приемам: обводит контуры пальцем, комментирует предложения словами;
- 3 балла - самостоятельно справляется только лишь с более легкими вариантами заданий, прибегает к вспомогательным приемам только после подсказки экспериментатора, но и тогда в части заданий повышенной трудности делает ошибки;
- 2 балла - после организующей помощи экспериментатора задания выполняются с ошибками;
- 1 балл - не справляется ни с какими заданиями.

2. Исследование слухового гнозиса.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
1	Различение ритмических последовательностей. Ритмы задаются по следующей схеме: //;///;///...;...//. Инструкция: «Послушай и скажи, сколько раз я стучу», «Сколько сильных ударов, сколько слабых?».	

Оценка результатов:

- 5 баллов - задания выполняются правильно и самостоятельно;
- 4 балла - правильные ответы только при замедленном предъявлении задания;
- 3 балла - правильные ответы удаются только после специальной помощи: ребенку предлагается воспроизвести (простучать, пропеть) заданный ритм;
- 2 балла - правильные ответы единичны, несмотря на помощь экспериментатора;
- 1 балл - все ответы неправильные.

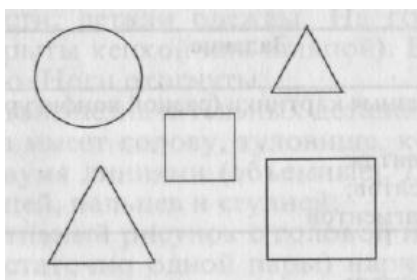
3. Исследование пространственного восприятия.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
1	Ориентировка в сторонах собственного тела и тела, сидящего напротив. Инструкция: «Покажи твою левую (правую) руку. Покажи мою левую (правую) руку» и т.д.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - задание выполняется правильно;
- 4 балла - задание выполняется правильно, но замедленно;
- 3 балла - ребенок ориентируется в сторонах собственного тела, но с затруднением ориентируется в сторонах тела сидящего напротив;
- 2 балла - ребенок затрудняется в ориентировке в сторонах собственного тела и тела сидящего напротив (ошибка исправляется самостоятельно);
- 1 балл - ребенок не ориентируется в сторонах собственного тела и тела человека, сидящего напротив.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
2	Дифференцировка пространственных понятий. Инструкция: «Покажи, что находится в центре рисунка. Что слева от квадрата? Что справа от квадрата? Что под маленьким треугольником? Что над большим треугольником? Что между кружком и большим квадратом? Какие фигуры сверху рисунка? Какие фигуры внизу рисунка?»	



Оценка результатов:

- 5 баллов - задания выполняются правильно;
- 4 балла - задания выполняются с ошибками, но ошибки исправляются самостоятельно;
- 3 балла - задания выполняются с минимальной помощью взрослого;
- 2 балла - для выполнения задания требуется активная помощь со стороны взрослого;
- 1 балл - задания не выполняются.

4. Исследование временного восприятия.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
1	Название части суток. Какое сейчас время суток? Почему?	
2	Перечислить времена года. Охарактеризовать текущее время года.	
3	Перечислить дни недели. Какой день недели сегодня? Какой день недели был вчера? Какой день недели будет завтра?	

Оценка результатов:

- 5 баллов - все задания выполняются правильно, самостоятельно;
- 4 балла - задания выполняются с ошибками, но ошибки исправляются самостоятельно;
- 3 балла - задания выполняются с минимальной помощью взрослого;
- 2 балла - для выполнения задания требуется активная помощь со стороны взрослого;
- 1 балл - задания не выполняются.

5. Исследование конструктивного праксиса.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
1	Сложить разрезные картинки (разной конфигурации разреза): из двух фрагментов; из трех фрагментов; из четырех фрагментов.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - все задания выполняются правильно, самостоятельно;
- 4 балла - задания выполняются с ошибками, но ошибки исправляются самостоятельно;
- 3 балла - задания выполняются с минимальной помощью взрослого;
- 2 балла - задания выполняются после демонстрации образца;
- 1 балл - задания не выполняются.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
2	Нарисовать без образца: домик, ромашку, елочку.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - правильное изображение предметов;
- 4 балла - отсутствие какой-либо незначительной детали рисунка;
- 3 балла - отсутствие какой-либо существенной детали рисунка;
- 2 балла - неправильное расположение деталей в пространстве рисунка;
- 1 балл - отсутствие четкого изображения предмета.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
3	Нарисовать человека. Инструкция: «Здесь (показывают ребенку) нарисуй человека. Так, как сможешь». Больше никаких пояснений, помощи или привлечения внимания к ошибкам и недостаткам рисунка не допускается.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - нарисованная фигура имеет голову и все части лица, туловище, конечности, детали одежды. На голове есть волосы (возможно, они закрыты кепкой или шляпой). Руки заканчиваются пятипалой кистью. Ноги отогнуты;
- 4 балла - отсутствие незначительных деталей рисунка;
- 3 балла - фигура имеет голову, туловище, конечности. Руки и ноги нарисованы двумя линиями (объемные). Допускается отсутствие шеи, волос, ушей, пальцев и ступней;
- 2 балла - примитивный рисунок с головой и туловищем. Каждая конечность (достаточно одной пары) нарисована только одной линией;
- 1 балл - отсутствует четкое изображение туловища или обеих пар конечностей. Каракули.

6. Исследование движений и действий.

Задание 1. Анализ элементарных компонентов движений: их силы, точности, быстроты и координированности. Выполнение простых инструкций: «Сожми мою руку», «Пройдись по комнате», «Попрыгай на одной ноге». Определение ведущей руки: правая, левая (нужное подчеркнуть).

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
2	Выявление синкинезий (пробы Заззо). Кисти ребенка помешаются на чистый лист бумаги и обводятся карандашом. Затем, поочередно прикасаясь к каждому пальцу ребенка, кроме четвертого (движение которого и у здоровых детей в опыте сопровождается синкинезиями), говорим: «Подними только этот палец!» На контурном изображении помечаются произвольные движения других пальцев: односторонние, перекрестные (на второй руке) и двухсторонние (на обеих руках).	

Оценка результатов:

- 5 баллов - задания выполняются без синкинезий;
- 4 балла - односторонние синкинезии в части заданий;
- 3 балла - односторонние синкинезий при выполнении каждого задания;
- 2 балла - перекрестные синкинезий;
- 1 балл - двухсторонние синкинезий.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
3	Опτικο-кинестетическая организация движений: пробы на «праксис позы». Сложение по подражанию первого и второго пальцев в кольцо. Вытягивание второго и третьего пальцев («Сделай зайчика»). Вытягивание второго и пятого пальцев («Сделай козу рогатую»).	

Оценка результатов:

- 5 баллов - все задания выполняются правильно без помощи взрослого;
- 4 балла - все задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;
- 3 балла - задания выполняются правильно, наблюдаются синкинезии;
- 2 балла - выполнить задание удастся только с помощью другой руки (разгибает пальцы другой рукой, удерживает их при возникновении синкинезий);
- 1 балл - задания не выполняются.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
4	Зрительно-пространственная организация движений (проба Хэда). Предварительно выявляется, усвоены ли ребенком понятия «левая» и «правая» рука. Затем садимся напротив ребенка и предлагаем воспроизвести положение своей руки. Инструкция: «Когда я подниму правую руку, ты тоже поднимешь правую руку, а когда я подниму левую руку, ты тоже поднимешь левую руку». При отсутствии понятий «левой» и «правой» руки инструкция другая: «Когда я подниму ту руку, которой пишу, ты тоже поднимешь свою руку, которой ты пишешь (рисуешь), а когда я подниму другую руку, ты тоже поднимешь свою другую руку». При эхопраксиях для исключения влияния зрительных образов то же задание предлагается выполнять по словесной инструкции: «Подними правую руку!» «Возьми правой рукой левое ухо» и т.д.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - все задания выполняются правильно (в предложенном темпе);
- 4 балла - все задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;
- 3 балла - правильно выполняются 5-7 заданий, после чего возникают эхопраксии (явления истощения), ошибки замечаются и исправляются самостоятельно;
- 2 балла - эхопраксии возникают при выполнении первого задания и удерживаются при выполнении последующих, ошибки замечаются самостоятельно;
- 1 балл - стойкие эхопраксии, ошибки самостоятельно не замечаются.

7. Исследование памяти

№ пп.	Задание						Оценка в бал- лах
1	Заучивание 10 слов при 4-кратном предъявлении						
	Предъявления	1	2	3	4	Через 30 мин	
	Дом						
	Кот						
	Лес						
	Зерно						
	Игла						
	Мост						

Хлеб						
Окно						
Брат						
Мед						

Оценка результатов:

- 5 баллов - непосредственное воспроизведение 10 слов, отсроченное воспроизведение - не менее 8 слов;
- 4 балла - в результате заучивания ребенок воспроизводит не менее 8 слов, при этом по мере повторения число воспроизводимых слов постепенно увеличивается; отсроченное воспроизведение - не менее 6 слов;
- 3 балла - в процессе заучивания воспроизводится не более 6-7 слов, отмечается неравномерность в процессе воспроизведения;
- единичные включения близких по смыслу слов; отсроченное воспроизведение - не более 5 слов;
- 2 балла - непосредственное воспроизведение менее 5 слов, отсроченное воспроизведение - 2-3 слова;
- 1 балл - непосредственное воспроизведение менее 5 слов, отсроченное воспроизведение - единичные слова.

8. Исследование речи.

№ пп.	Задание			Оценка в баллах
2	Называние предметов и действия. (Ребенку предлагается назвать изображенные на картинках предметы и действия в условиях предъявления картинок по одной).			
	Список слов			
	Существительные:			
	мама	кровать	черепашка	
	дом	корова	бутылка	
	мяч	автобус	милиционер	
	пальто	волк	халат	
	кубики	кастрюля	игла	
	Глаголы:			
	идет	читает	ест	
	лежит	строит	пьет	
	бежит	пишет	подметает	
	смеется	вырезает	завязывает	
	плывет	раскрашивает	копает	

Оценка результатов:

- 5 баллов - адекватно передается значение слова, при этом постоянные звуковые замены или искажения произношения не учитываются;

- 4 балла - при близких вербальных заменах (например, вместо «кубики» - «строитель», «лежит» - «отдыхает», «раскрашивает» - «рисует»);
- 3 балла - при ответах словосочетаниями, содержащими искомое слово (после повторного предъявления инструкции): «мальчик читает» вместо «читает», в том числе при употреблении сочетания глагола «делает» с искомым глаголом: «мальчик делает читает»;
- 2 балла - при ответе после контекстной подсказки (например: «Девочка нарисовала дом, а теперь... раскрашивает его»);
- 1 балл - при отказе, а также при грубых вербальных заменах, в том числе при заменах названий предметов их функцией (вместо «кровать» - «пать» (спать) и, наоборот, вместо «копает» - «пата» (лопата)].

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
3	Составление фраз. (Исследование возможности комбинирования слов во фразы и качества грамматического структурирования). Ребенка просят описать предложенную картинку («Что здесь нарисовано?») Список фраз: 1. Девочка моет посуду. 2. Мальчик чистит зубы. 3. Кошка ловит мышку. 4. Кошка поймала мышку. 5. Заяц сидит за деревом. 6. Кошка сидит на стуле. 7. Дети играют в мяч. 8. Мальчик лезет через забор. 9. Мальчик входит в дом. 10. Мальчик выходит из дома. 11. Девочка пришивает зайцу ухо. 12. Мальчик чистит ковер пылесосом. 13. Оля даёт Кате красные шары. 14. Мама и дочка вешают белье на веревку. 15. Мама моет посуду, а дочка вытирает тарелки.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - при составлении ребенком грамматически правильных предложений, отражающих содержание смысла предлагаемой картинки;
- 4 балла - при ответе словосочетанием с пропуском субъекта и объекта действия. (например: «чистит зубы» вместо «мальчик чистит зубы», «мальчик лезет» вместо «мальчик лезет через забор»), если не может исправить ошибку после повторного предъявления инструкции;
- 3 балла - при пропуске предлогов и нарушении предложных отношений (например: «зайка дерево» вместо «заяц за деревом»);

- 2 балла - при допустимом, но нетрадиционном порядке слов в предложении (например: «идить кися тые» вместо «кошка сидит на стуле»), а также при употреблении двух простых предложений вместо одного сложного (например: «мама моет, деитька таека» вместо «мама моет посуду, а девочка вытирает тарелки»);
- 1 балл - когда дети не могут составить предложение (молчат), а также при перечислении объектов и субъектов действия.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
4	Составление рассказа по сюжетной картинке. (Исследование уровня развития и качества связной речи). Ребенку предлагается рассказать, что изображено на сюжетной картинке.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - высказывание носит развернутый характер, словарный запас соответствует возрасту ребенка;
- 4 балла - развернутое высказывание характеризуется ограниченностью словарного запаса, наблюдаются единичные случаи аграмматизма;
- 3 балла - кроме бедности словарного запаса и аграмматизма встречаются нестойкие звуковые замены, амнезия слов;
- 2 балла - признаки, характерные для балла 3, сочетаются со стойкими звуковыми заменами, амнезией слов с вербальными (смысловыми) заменами;
- 1 балл - пересказ самостоятельно не удастся, необходима помощь в виде наводящих вопросов, кроме всех признаков, характеризующих балл 2, наблюдаются эхолалии и персеверации.

№ пп.	Задание		Оценка в баллах
1	Понимание смысла слов, обозначающих предметы и действия. Перед ребенком последовательно выкладывается 10 картинок, которые сначала предлагается рассмотреть, а затем показать названную картинку.		
	Существительные:	Глаголы:	
	яблоко собака ведро шарф мишка мышка трава дрова варежки перчатки	ест играет чистит поливает читает считает катает качает мост стирает	

9. Исследование импрессивной речи.

Оценка результатов:

- 5 баллов - все задания выполняются правильно;
- 4 балла - в ответах отмечается замедленность, неуверенность;
- 3 балла - наблюдаются смысловые замены (варежки-перчатки, моет-стирает);
- 2 балла - кроме смысловых замен наблюдаются замены близких в фонетическом оформлении слов (мишка-мышка, катает-качает);
- 1 балл - затрудняется в выполнении задания.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
2	Понимание предложений. (Исследование различения смысла на основе грамматических значений слова). Перед ребенком выкладываются картинки, предлагается показать названную картинку. Саша рисует цветок. Саша нарисовал цветок. Саша нарисовал машину. Собаку догоняет мальчик. Собака догоняет мальчика. Петю ударил Ваня. Кто драчун? Ваня ниже Пети. Кто самый высокий? Покажи Ваню. Покажи Петю. Соня светлее Кати. Покажи Соню. Покажи Катю.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - все задания выполняются правильно;
- 4 балла - ошибки в понимании конструкций, которые преодолеваются при самостоятельном проговаривании инструкции;
- 3 балла - понимание трудных конструкций недоступно даже после повторных проговариваний; остальные задания выполняются правильно;
- 2 балла - трудные задания недоступны; более легкие задания выполняются только после повторных самостоятельных проговариваний;
- 1 балл - все задания выполняются неправильно, повторное проговаривание и инструкции неэффективны.

10. Исследование наглядно-действенных форм мышления.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
1	Классификация объектов по одному признаку. Материал: набор из 24 карточек с изображением геометрических фигур (по 6 кругов, квадратов, треугольников, ромбов), трех цветов (красный, желтый, синий), двух величин (большие, маленькие).	

	Перед ребенком выкладывают два ряда карточек по две фигуры одного цвета и просят продолжить классификацию (должно получиться три ряда фигур, различающихся по цвету). Инструкция: «Продолжай раскладывать карточки, подходящие с подходящими».	
2	Классификация объектов по двум признакам (соотнесение формы и величины). Материал: 1. Таблица, расчерченная на квадраты, в вертикальном ряду которой обозначены выпуклые неокрашенные геометрические формы, а в верхнем - постепенно уменьшающиеся по величине круги (5 кругов диаметром от 9 до 5 см). 2. Набор геометрических фигур, каждая из которых представлена пятью последовательно изменяющимися величинами в соответствии с образцами. Перед ребенком раскладывают первые три карточки и предлагают продолжить работу.	

Оценка результатов:

- 5 баллов - задание выполняется правильно, самостоятельно;
- 4 балла - задание выполняется с ошибками, но ошибки исправляются самостоятельно по ходу работы;
- 3 балла - задание выполняется с минимальной помощью взрослого;
- 2 балла - для выполнения задания требуется активная помощь со стороны взрослого;
- 1 балл - задание не выполняется.

11. Исследование вербально-логических форм мышления.

№ пп.	Задание	Оценка в баллах
3	Сравнение и различение понятий. Материал: пары слов. Инструкция: «Я назову два предмета, а ты скажи, чем они похожи и чем отличаются».	
4	Классификация предметов. Материал: набор карточек с предметными изображениями, предполагающими категориальную классификацию (игрушки, одежда, животные, посуда, мебель, транспорт и т.д.). Инструкция: «Разложи эти карточки на столе - что к чему подходит» (название групп и их количество не указывается).	

5	Исключение предметов. Материал: набор карточек, на каждой из которых изображено по 4 предмета. Три изображения относятся к одной категории, четвертое - не относится к этой категории. Инструкция: «На каждой карточке изображены 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним словом, а четвертый к ним не подходит. Найди этот неподходящий предмет; скажи, почему он не подходит к остальным и как можно назвать остальные три предмета.	
6	Установление последовательности событий. Материал: серии сюжетных картин (от трех до шести картинок в серии). Инструкция: «На картинках одно и то же событие. Нужно разобраться, с чего все началось, что было дальше и чем дело закончилось».	

Оценка результатов:

- 5 баллов - задание выполняется правильно;
- 4 балла - задание выполняется правильно, но в замедленном темпе;
- 3 балла - задание выполняется с ошибками, но ошибки исправляются самостоятельно по ходу работы;
- 2 балла - для выполнения задания требуется помощь взрослого;
- 1 балл - задание не выполняется даже после обучающего эксперимента.

12. Исследование графических навыков

1. Проведение прямой линии.
2. Проведение прямой линии слева направо.
3. Проведение прямой линии сверху вниз.
4. Проведение линии короче данной; длиннее данной.
5. Соединение точек.
6. Рисование волнистых и ломаных линий.
7. Рисование геометрических фигур (квадрат, треугольник, круг).
8. Рисование неотрывно графических рядов (на удержание строчки) «заборчик», «цепочка».

Оценка результатов:

- 5 баллов - графические навыки сформированы соответственно возрасту;
- 4 балла - задание выполняется медленно, неуверенно;
- 3 балла - задание выполняется медленно, неуверенно, с отрывом карандаша от бумаги;
- 2 балла - нарушена плавность движений, появляются микро- и макрографии;
- 1 балл - задание не выполняется.